DES

ACCIDENTS MÉNINGITIQUES

DE LA

SYPHILIS HÉRÉDITAIRE CHEZ LES ENFANTS

ET

EN PARTICULIER CHEZ LES TRÈS JEUNES

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE

DES

ACCIDENTS MÉNINGITIQUES

DE LA

SYPHILIS HÉRÉDITAIRE CHEZ LES ENFANTS

ET

EN PARTICULIER CHEZ LES TRÈS JEUNES

PAR

Le Docteur L. STOEBER

Ancien externe des hôpitaux de Paris
Médaille de bronze de l'Assistance publique



PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1891

DES

ACCIDENTS MÉNINGITIQUES

DE LA

SYPHILIS HÉRÉDITAIRE CHEZ LES ENFANTS

ET

EN PARTICULIER CHEZ LES TRÈS JEUNES

AVANT-PROPOS

Nous avons eu, dans le courant de l'année dernière, l'occasion d'observer dans le service de M. Hutinel, à l'hôpital des Enfants-Malades, deux cas très intéressants de méningite chez des enfants âgés, l'un de deux ans et demi, l'autre de vingt mois. Le premier a des antécédents syphilitiques héréditaires presque certains, ayant eu diverses manifestations cutanées et muqueuses qui ne laissent pas de doute sur leur nature ; le second est certainement atteint de syphilis héréditaire, car il porte quelques-unes des marques qui permettent de reconnaître cette affection

et l'interrogatoire des parents est venu encore confirmer l'opinion que l'on avait à cet égard.

Chez le premier malade nous ne relevons pas d'antécédents tuberculeux ; chez le second au contraire on peut les soupçonner, mais les renseignements que nous avons pu recueillir à ce sujet sont peu précis et l'examen des parents ne nous a rien révélé.

Les deux malades présentèrent dans les symptômes, dans la marche, dans la durée de la maladie, des particularités dignes d'attention, qui jointes à la connaissance des antécédents firent songer à la possibilité d'accidents méningitiques d'origine syphilitique. L'influence favorable du traitement sur la marche des accidents vint encore donner à cette hypothèse un appui plus solide.

Le professeur Fournier s'est occupé de la méningite syphilitique héréditaire et la considère comme moins rare qu'on ne le croit généralement. Dans le chapitre qu'il a consacré à cette étude il montre que cette affection est souvent confondue avec la méningite tuberculeuse et combien il est difficile, souvent impossible, de faire le diagnostic.

Les malades dont nous rapportons les observations viennent donner à cette manière de voir une nouvelle confirmation et l'un des cas où l'autopsie put être faite, prouve que malgré la durée tout à fait exceptionnelle de la maladie, malgré l'absence de fièvre et de quelques autres signes qui sont le cortège habituel de la méningite tuberculeuse, malgré l'influence favorable que paraît avoir eu le traitement mercuriel et ioduré, on ne saurait

être assez réservé dans le diagnostic entre la méningite syphilitique et la méningite tuberculeuse.

M. Hutinel fit au sujet de ces deux malades, une leçon clinique, à laquelle nous ferons, dans le cours de ce travail, de larges emprunts. Bien des raisons plaidaient chez les deux malades, ainsi que nous l'avons déjà fait remarquer, en faveur de la syphilis, contre la tuberculose. A ces raisons venaient encore s'ajouter celles-ci, à savoir que l'un des enfants avait été dans le cours de sa méningite, atteint de rougeole, puis plus tard de la grippe, que le second avait également pris la rougeole quelque temps après son arrivée dans le service et que ni chez l'un, ni chez l'autre, cette maladie qui a toujours une influence si pernicieuse sur la marche des lésions tuberculeuses, n'avait aggravé les accidents méningitiques ni hâté leur évolution.

En présentant les malades, M. Hutinel fit cependant ses réserves, et tout en montrant combien étaient nombreuses les raisons qui le faisaient pencher vers le diagnostic de méningite d'origine syphilitique, il ne rejeta pas la possibilité d'une lésion tuberculeuse ayant déterminé des poussées congestives, lesquelles pouvaient avoir rétrocédé; mais pouvaient se reproduire sous l'influence de la même cause. Ces réserves furent justifiées à l'autopsie chez le malade qui fait le sujet de notre deuxième observation. Il succomba cinq mois après le début des accidents à la tuberculose pulmonaire et à une broncho-pneumonie double. Le premier malade sortit guéri de ses accidents, après quatre mois de séjour dans le service, mais conservant au point de vue cérébral une

tare qui fait porter un pronostic réservé pour l'avenir. Celui-ci était-il atteint de méningite syphilitique?

Nous avons pensé qu'il pouvait être intéressant de faire quelques recherches sur des cas analogues et nous aidant de la leçon de notre maître, des conseils qu'il voulut bien nous donner, nous avons essayé, en faisant du diagnostic de la méningite syphilitique héréditaire, comparée à la méningite tuberculeuse, le sujet de notre thèse, d'apporter une modeste contribution à cette étude.

Avant d'aborder notre sujet, nous tenons à remercier nos maîtres de l'accueil que nous avons toujours trouvé auprès d'eux.

M. le professeur Tillaux nous a donné souvent pendant que nous avions l'honneur d'être son élève, des preuves de l'intérêt qu'il voulait bien nous porter. Nous le prions d'accepter ici nos remerciements et de recevoir l'assurance de notre profonde gratitude.

M. le Dr Troisier a été pour nous un maître toujours bienveillant. Qu'il nous permette de le remercier pour toutes les marques de sympathie qu'il nous a témoignées.

Nous remercions bien vivement notre maître M. le Dr Hutinel qui nous a donné l'idée de ce travail et a bien voulu nous confier ses notes sur ce sujet. Depuis l'époque où nous avons été son externe, M. Hutinel en continuant à nous donner des marques d'un bienveillant intérêt nous a donné en même temps un précieux encouragement.

M. le professeur Grancher nous a autorisé à continuer dans son service à l'hôpital des Enfants-Malades les

recherches que nous avions commencées ; nous le prions de croire à notre bien sincère reconnaissance. En acceptant la présidence de cette thèse M. le professeur Grancher nous a fait un honneur dont nous ne saurions trop le remercier.

CHAPITRE PREMIER

Historique.

Nous ne pouvons entreprendre de faire ici l'historique de la syphilis héréditaire et de passer en revue les nombreux travaux qui ont été publiés sur ce sujet ; nous n'aborderons pas davantage l'analyse des recherches considérables auxquelles a donné lieu la syphilis acquise dans ses manifestations cérébrales ; cette histoire se trouve faite dans des ouvrages aujourd'hui classiques, dans les articles des dictionnaires et dans les thèses nombreuses qui ont pour objet la syphilis héréditaire ou la syphilis cérébrale.

Sans parler des observations d'hydrocéphalie, d'insomnie opiniâtre, de céphalée rapportées chez des enfants issus de parents syphilitiques et dont les plus anciennes semblent remonter à 1829, des faits signalés par Vidal dans sa thèse d'agrégation et dus à Rayer, Osiander, Haase, de Méric, Gros et Lancereaux ; nous dirons cependant quelques mots des cas qui se rapprochent le plus de ceux que nous avons eu l'occasion de voir.

Parmi ceux-ci il y a lieu de citer certaines observations de méningites tuberculeuses guéries par l'iodure de potassium et le mercure et dont *quelques-unes* pourraient bien

être des méningites dues à la syphilis héréditaire et ayant cédé au traitement spécifique. Dans le dictionnaire en trente volumes, Guersant vante l'usage des frictions mercurielles déjà préconisées par Abercrombie, Liégeard et plusieurs autres praticiens dans la méningite aiguë simple de l'enfance à la première période, et déclare s'être souvent bien trouvé de cette médication. René Vanoye. a rapporté le fait suivant : un petit garçon de 14 mois, chétif, malingre depuis sa naissance, passait toutes les nuits en cris et en plaintes. Après avoir essayé inutilement de plusieurs moyens, M. Vanoye soupçonnant un vice syphilitique, que les antécédents des parents rendaient très probable, prescrivit des bains de sublimé. En peu de temps l'état du malade s'améliora, les nuits devinrent parfaitement paisibles (*J. de méd. et de chir. prat.*, 1849).

L'influence de la syphilis héréditaire sur les facultés intellectuelles, si considérable qu'elle peut amener l'idiotie, est établie par les observations de Parrot, de Wegner, d'Hutchinson, de Jackson, de Bury, de Fournier et d'autres auteurs. Les affections cérébrales déterminées chez les enfants par l'hérédité syphilitique sont les mêmes que celles que l'on rencontre chez les adultes. Ce sont des hémiplégies, des paralysies, des accès épileptiformes, des convulsions, etc. Le professeur Fournier dans son livre sur la syphilis héréditaire tardive passe en revue les principales observations publiées depuis celle de Cruveilhier et fait une analyse de chacune d'elles. Il nous faudrait ici copier textuellement ces pages destinées à montrer combien sont fréquents les exemples de lésions

de l'encéphale, produites dans la première enfance, par la syphilis.

Bouchut dans son traité des maladies des enfants (édition 1878) cite l'observation de Barlow rapportée également par Fournier au sujet d'un enfant hérédo-syphilitique de 15 mois qui présenta un cerveau atrophié avec opacité des méninges à la base et des gommes sur le trajet des nerfs crâniens. C'étaient des gonflements au niveau de l'origine apparente des nerfs. Dans ce tissu gonflé, il y avait destruction du cylindre-axe et tout à l'entour, un tissu de nouvelle formation avec production de corps amylacés. Il y avait en même temps quatre cicatrices du foie.

Bouchut a vu au dixième jour d'une éruption de syphilides chez une petite fille de six semaines, une paralysie subite et générale des quatre membres, qui laissant intacte la sensibilité, enleva toute faculté motrice.

L'enfant et la nourrice prirent de la liqueur de Van Swieten. Au troisième jour, les jambes reprirent le mouvement, tandis que les deux bras restèrent paralysés Le traitement fut continué et au sixième jour les bras commencèrent à se mouvoir.

Les courants continus furent employés alors concurremment avec la liqueur de Van Swieten et l'enfant guérit.

Casati de Milan en 1871 a constaté des congestions des méninges et des suffusions séreuses dans les ventricules, chez des enfants de trois à quatre mois, ayant succombé à diverses lésions syphilitiques du foie, des poumons, du thymus.

Lepileur a guéri par l'iodure de potassium, administré sous forme de sirop, à la dose d'une cuillerée à café par jour, un nouveau-né chez lequel étaient survenus des accidents épileptiformes. La mère était atteinte de syphilis et comme elle nourrissait son enfant au sein, elle fut soumise elle-même au traitement par l'iodure de potassium et la liqueur de Van Swieten.

Diday considère que la gomme syphilitique n'est pas rare dans l'encéphale des enfants. Elle s'y présente à l'état de tumeur soit unique, soit multiple, disséminée à la surface de l'encéphale.

Le professeur Fournier reconnaît trois formes initiales, trois ordres de symptômes qui, de préférence à d'autres, ouvrent la scène dans la syphilis cérébrale héréditaire.

Ces formes sont :

1° La forme initiale à symptômes épileptiques;

2° La forme initiale à symptômes céphalalgiques ;

3° La forme initiale à symptômes intéressant le caractère et l'intelligence.

A côté de ces formes les plus habituelles s'en placent d'autres qui peuvent se présenter isolées ou associées aux précédentes, ce sont : *les troubles congestifs ;* vertiges, étourdissements, défaillances cérébrales passagères, troubles visuels ou de l'ouïe, etc., et les *troubles de motilité* qui sont par ordre de fréquence : les paralysies motrices de l'œil, affectant surtout la troisième paire (nerf moteur oculaire commun), habituellement unilatérales, très souvent dissociées ; les paralysies de la septième ou de la cinquième paire ; l'hémiplégie généralisée ou par-

tielle. Les paralysies motrices de l'œil sont le plus habituellement unilatérales ; celles de la septième et de la cinquième paire sont infiniment plus rares que celles de la troisième et l'hémiplégie est très rare au moins en tant que symptôme de la première période. « Elle constitue presque toujours une manifestation plus ou moins tardive et souvent un épiphénomène voisin de la terminaison fatale. » Chez l'adulte cette hémiplégie précédée ou non de quelques prodromes, marque assez souvent le début d'une encéphalopathie spécifique, tandis que dans le jeune âge l'hémiplégie du début serait exceptionnelle.

Après ces formes M. Fournier étudie la maladie dans ses phases ultérieures, à une étape plus avancée, quand le traitement n'est pas venu enrayer l'évolution morbide. Les symptômes se succèdent, s'ajoutent les uns aux autres, variables suivant le siège des lésions, leur étendue, le nombre des foyers morbides, etc., etc.

Toutefois dans ces phases adultes, la maladie présente malgré la variabilité des symptômes, une réelle uniformité quant à son allure générale et des phénomènes constants, tels que les troubles intellectuels, les troubles de motilité et comme complément assez habituel : des accidents d'ordre épileptique, divers troubles sensoriels, des spasmes, des contractures, du coma.

L'affection arrivée à ce degré détermine à échéance variable, mais le plus souvent assez rapidement, la mort.

Des observations qu'il a pu recueillir, le professeur Fournier, au point de vue de la durée moyenne de l'évolution morbide, fait ressortir ceci, à savoir : que la durée des accidents est variable suivant le siège, l'étendue, la

qualité des lésions, l'âge et la constitution des malades, l'intervention thérapeutique, etc., et que la maladie est susceptible de deux types opposés : le type lent et le type rapide.

Au premier on peut rattacher les formes tout à fait chroniques, au second appartiennent les formes à allure méningitique que nous allons retrouver à propos du diagnostic.

Le diagnostic différentiel est le point capital de la question, dit M. Fournier, l'intérêt pratique du sujet se résume en ceci : « suspecter et reconnaître la *spécificité de nature* des accidents morbides, pour leur opposer en temps utile le seul traitement capable d'en conjurer les redoutables conséquences, c'est-à-dire, en d'autres termes, diagnostiquer, *dépister* la syphilis sous le masque des accidents cérébraux qui lui servent d'expressions symptomatologiques ». Plus loin le savant professeur ajoute : « Si nous interrogeons les observations en vue de rechercher quelles erreurs ont été surtout commises en l'espèce et quelles erreurs conséquemment nous avons surtout à redouter pour notre propre compte, nous recueillons de cette enquête l'enseignement que voici :

D'une façon presque exclusive, la syphilis cérébrale héréditaire a été prise tantôt pour une méningite tuberculeuse ; tantôt pour une tumeur de l'encéphale ; tantôt enfin pour une épilepsie essentielle ».

Nous reviendrons sur ce diagnostic différentiel de la méningite tuberculeuse avec les formes méningitiques de la syphilis héréditaire, dans un autre chapitre.

Signalons encore ici, outre les observations auxquelles

nous avons déjà fait allusion, celles de Bourrousse de Laforre dans un mémoire présenté à l'Académie en 1846 sur la guérison de la méningite tuberculeuse par l'iodure de potassium, les observations analogues de Rodet en 1878, de Dujardin-Beaumetz, de Vallin sur des accidents méningitiques guéris, de Barth sur un cas de méningite peut-être tuberculeuse chez un enfant de 12 ans, avec guérison par le calomel et les frictions mercurielles, d'Armangué de Barcelone en 1883, au sujet d'une méningite supposée tuberculeuse, guérie par l'iodure de potassium avec aphasie persistant après la guérison, de Cadet de Gassicourt, de Millard, etc., etc.

Dans une autre série d'observations où l'on soupconne la nature syphilitique des accidents méningitiques nous trouvons un fait de Bouchard rapporté dans la thèse de Bertrand, concernant des phénomènes méningitiques dus à une syphilis héréditaire tardive ; une observation de Négrié, au sujet de convulsions et d'hydrocéphalie syphilitique chez un enfant de 6 mois ; une observation de Dreyfous en 1883 à propos de laquelle l'auteur étudie les rapports de la syphilis héréditaire avec la méningite chronique ; un fait rapporté par Morel-Lavallée en 1885, concernant une syphilis ignorée qui détermina des phénomènes méningitiques chez une femme de 25 à 30 ans ; un cas dû à Karth (1888) où il s'agit de convulsions et de cécité chez un enfant de 9 mois hérédo-syphilitique ; enfin les cas rapportés par Barthélemy, Seibert, Money Siemerling (1889), etc. Nous ne citons pas les observations ayant trait à des formes cérébrales autres que la forme méningitique, mais ces cas sont aujourd'hui nombreux dans la science.

CHAPITRE II

Étiologie.

L'enfant peut contracter la syphilis après la naissance et être contaminé par des causes diverses sur lesquelles nous n'avons pas à insister ici. Nous rappelons seulement ce fait parce que la syphilis acquise détermine quelquefois des accidents cérébraux et médullaires précoces ainsi que cela a été établi par les observations de MM Mauriac, Fournier, Gilbert et Lion, qui ont vu survenir par exemple des accidents méningitiques, six mois et huit mois après l'apparition du chancre initial. Bien qu'il n'existe pas d'observations analogues chez l'enfant, il n'est pas impossible que de pareils accidents se produisent chez lui dans les mêmes conditions, c'est-à-dire dans un délai très court après la contamination.

En ce qui concerne l'étiologie de la syphilis héréditaire nous n'avons rien à dire ici et ne pouvons que rappeler les nombreuses discussions auxquelles ont donné lieu la question de l'hérédité paternelle, la mère restant saine, celle de l'hérédité maternelle, de l'influence des deux conjoints ou de la possibilité de la transmission à la seconde génération. Trousseau et Lasègue, Caspary et Neumann, Ricord, Diday, Prieur, Leloir, Lepileur,

Hutchinson, Besnier, Lannelongue et d'autres syphiligraphes ont étudié ces faits et le professeur Fournier les a magistralement exposés dans ses leçons sur l'hérédité syphilitique et dans son récent ouvrage : *syphilis et mariage*.

Est-il possible actuellement de déterminer dans quelles conditions et sous quelles influences un enfant atteint de syphilis acquise, ou infecté héréditairement, va présenter plutôt qu'un autre des manifestations cérébrales ou médullaires de sa diathèse? On pourrait citer ici toutes les causes qui ont déjà été invoquées dans l'étiologie de la méningite tuberculeuse ; un travail intellectuel trop hâtif et trop constant, le sevrage prématuré, certaines maladies comme la rougeole, la coqueluche, la fièvre typhoïde, la dentition difficile, les chutes ou les coups sur le crâne, l'insolation, etc., etc. Toutes ces causes qui ont une action défavorable sur les centres nerveux de l'enfant peuvent peut-être devenir déterminantes d'une localisation du virus syphilitique dans ces organes.

D'après M. Fournier, l'enfant est déjà puissamment prédisposé à la méningite de par le fait même qu'il est syphilitique. « Un point qui ne fait pas de doute, c'est que les enfants issus d'ascendants syphilitiques, présentent une prédisposition intense aux affections du système nerveux. Un grand nombre, par exemple, meurent de convulsions...

Les mêmes enfants sont encore puissamment prédisposés à la méningite. Je ne serais pas surpris que les prétendus succès de l'iodure de potassium dans la méningite tuberculeuse fussent explicables par le caractère

spécifique des lésions contre lesquelles le remède était administré. En d'autres termes, il ne me paraît pas impossible que l'iodure ait guéri, en tant que syphilitiques, des méningites indûment réputées tuberculeuses. » (Alf. Fournier. *Syphilis et mariage.*)

L'hérédité nerveuse peut-elle également être invoquée comme cause prédisposante ? Les observations ne sont pas assez nombreuses pour que nous puissions prétendre qu'un enfant présentera d'autant plus facilement des accidents cérébraux de la syphilis héréditaire qu'il descendra en même temps de parents chez lesquels on relèvera des maladies nerveuses ou l'alcoolisme ; il est bien probable cependant que de pareils antécédents et en particulier l'alcoolisme créent une prédisposition aux localisations du virus syphilitique dans les centres nerveux.

En ce qui concerne l'âge, il y a une différence entre la méningite syphilitique et la méningite tuberculeuse, en ce sens que la première peut atteindre des enfants très jeunes, âgés à peine de quelques jours ou de quelques mois aussi bien que des enfants plus âgés et même des adolescents et des adultes, comme dans les cas de syphilis héréditaire tardive, tandis que la méningite tuberculeuse est considérée comme rare avant un an. Elle existe cependant dans les premiers mois de la vie et son développement à cette période n'est plus contesté.

La syphilis héréditaire étant une cause puissante de déchéance organique, prédispose-t-elle les enfants à contracter la tuberculose et peut-elle ainsi devenir une cause du développement de la méningite tuberculeuse, même à un âge où cette dernière maladie s'observe rarement

c'est-à-dire dans les premiers mois de la vie ? Les observations ne sont pas assez nombreuses pour qu'il soit possible de se prononcer ; mais si ce fait était établi, on ne pourrait plus se baser sur l'âge très jeune d'un enfant hérédo-syphilitique présentant des accidents méningitiques pour rejeter la possibilité d'une méningite tuberculeuse.

CHAPITRE III

Symptômes et diagnostic.

C'est avec certaines formes de méningite tuberculeuse que l'on pourra confondre les accidents méningitiques déterminés par la syphilis héréditaire et réciproquement. Il n'est pas impossible qu'ils puissent en imposer momentanément pour une des affections qui sont quelquefois prises pour une méningite tuberculeuse au début, mais l'erreur ne pourra être de longue durée et nous ne ferons pas ici le diagnostic avec les accidents cérébraux dus à une alimentation déplorable du nouveau-né, à des troubles gastriques, à l'helminthiase, à la congestion hépatique, à l'ictère grave, à l'éclampsie, la fièvre typhoïde, la pneumonie, etc., etc. Ce diagnostic est fait dans tous les traités de pathologie infantile et il suffit de signaler la possibilité d'une erreur pour que celle-ci ne puisse être commise. Cependant dans l'observation rapportée par le Dr Karth, certaines irrégularités dans la marche des symptômes ne permettant pas de s'arrêter au diagnostic de méningite tuberculeuse, on songea à attribuer tout d'abord à une dentition laborieuse, les convulsions, les vomissements, la diarrhée, la raideur de la nuque, les cris hydrencéphaliques constatés chez

le petit malade. Ce n'est que plus tard que les troubles de la vue, l'examen ophtalmoscopique, les commémoratifs, l'amélioration rapide produite par le traitement firent adopter le diagnostic d'accidents cérébraux à forme méningitique dus à la syphilis héréditaire.

Avec les tumeurs de l'encéphale et notamment avec le tubercule, le diagnostic sera des plus difficiles et souvent impossible.

Les antécédents du malade, son état général, son aspect extérieur particulier suivant qu'il sera hérédo-syphilitique ou tuberculeux, la tuberculisation d'autres organes pourront faire pencher en faveur d'une tumeur de nature tuberculeuse plutôt qu'en faveur d'une gomme ou inversement, mais quelquefois ces éléments réunis d'appréciation, joints même à l'influence du traitement ne permettront aucune affirmation et l'autopsie seule pourra trancher la question avec l'examen microscopique.

Les accidents cérébraux de la syphilis héréditaire peuvent-ils simuler une méningite tuberculeuse et donner le change? Cela ne fait pas de doute et M. Fournier dit en parlant du type de la maladie qu'il a appelé type rapide :

« Il est un certain nombre de cas où les symptômes se succèdent et s'accumulent à brève échéance, où l'on voit exactement comme dans les méningites les accidents initiaux être rapidement suivis d'un ensemble de phénomènes graves (convulsions partielles, accès d'épilepsie, troubles intellectuels, délire, agitation, inégalité des pupilles, vomissements, soubresauts et contractures

musculaires, affaissement, assoupissement, parésies ou paralysies partielles, etc.) ; on croirait à l'invasion d'une méningite. Ce sont là les véritables formes rapides, précipitées, relativement aiguës, pour lesquelles la dénomination de formes méningitiques n'aurait, ce me semble, rien d'excessif ou d'illégitime. » (Alf. Fournier. *Syph. héréd. tard.*)

M. Fournier a relevé dans sa pratique plusieurs cas de ce genre qui ont donné le change à divers médecins et à lui-même, et les observations que nous avons pu trouver montrent combien les deux affections ont de points communs. L'auteur ajoute que l'erreur se conçoit et que de nombreuses raisons rendent la méprise possible et facile.

« Les deux maladies en question affectent d'abord les sujets du même âge, elles ont ensuite toutes deux les mêmes prodromes : modification du caractère et de l'humeur, inaptitude au travail, asthénie intellectuelle; céphalalgie, etc. ; comme symptômes d'une période plus avancée, affaissement physique, agitation, insomnie, convulsions partielles et générales, paralysies localisées, notamment paralysies oculaires et plus spécialement encore paralysies dissociées de la troisième paire (ptosis, strabisme, mydriase), monoplégies, hémiplégies, etc...

Donc une analogie réelle, disons mieux, une véritable identité de manifestations peut ici donner le change.

Mais il y a plus. En certaines conditions, le diagnostic différentiel de la syphilis cérébrale et de la méningite tuberculeuse est non pas difficile, mais impossible même. D'abord il est impossible manifestement dans la période

de début. De plus il est non moins impossible quelquefois dans une phase plus avancée, alors que le médecin ne dispose encore que d'un petit nombre de symptômes équivoques, susceptibles d'être rattachés tout aussi bien à l'une qu'à l'autre maladie. »

A l'appui de cette assertion M. Fournier cite l'intéressante observation d'une fillette de quatre ans née de père syphilitique et chez laquelle après les prodromes qui font craindre souvent l'invasion d'une méningite tuberculeuse étaient apparus des signes tels que la céphalée, la somnolence, la perte de l'appétit, l'amaigrissement, etc. Il fut impossible pendant dix jours, malgré l'examen le plus minutieux et l'assistance de deux collègues, « médecins d'enfants et cliniciens consommés », de déterminer la nature de l'affection à laquelle on avait affaire. Ce n'est qu'après cette période que l'évolution de la maladie montra qu'on se trouvait en présence d'une tuberculose méningée.

Ainsi, il y a entre les deux maladies des analogies telles, au point de vue clinique, qu'au début et même dans le cours de l'affection, il est impossible de se prononcer plutôt en faveur de l'une que de l'autre et cela ainsi que nous le verrons plus loin, en dépit de la longue durée des accidents, de leur évolution, de l'influence favorable de la médication antisyphilitique et des antécédents les plus nets d'une syphilis héréditaire.

A ces causes d'erreur possible, et d'ordre exclusivement clinique, que donne le professeur de Saint-Louis, on peut en ajouter d'autres tenant à la pathogénie. La tuberculose et la syphilis sont toutes les deux des maladies

infectieuses, attaquant les mêmes organes et pouvant atteindre le foie, la rate, le testicule, le cerveau, les poumons, les os, la peau, etc. L'une et l'autre déterminent deux ordres de lésions, inflammatoires ou nodulaires, elles peuvent aboutir à la transformation caséeuse ou à la transformation fibreuse. Leurs productions morbides ne sont pas toujours faciles à distinguer même sous le microscope et souvent il faut recourir à la recherche du bacille caractéristique.

Rappelant que lorsqu'elles apparaissent assez loin de la naissance, la tuberculose et la syphilis héréditaire peuvent atteindre toutes les deux les mêmes organes, M. Hutinel, dans la clinique qu'il fit à l'occasion des deux malades dont nous publions les observations, ajoutait :

« Bien plus, les manifestations de ces deux infections ont entre elles de telles analogies qu'il est souvent difficile de les distinguer. Comment en serait-il autrement? Dans les deux cas, ce sont des processus irritatifs à évolution lente, à tendance progressive, qui peuvent amener l'ulcération, la suppuration ou la sclérose des parties envahies. La syphilis détermine dans les organes l'apparition de gommes qui ressemblent singulièrement à des noyaux tuberculeux ou à des amas caséeux. Elle y fait naître plus souvent que la tuberculose des processus scléreux mais ceux-ci appartiennent aussi à la tuberculose. D'ailleurs, entre le syphilome caractérisé par un groupe de cellules embryonnaires et certains noyaux tuberculeux où domine la diapédèse leucocytique, il y a de grandes analogies. Il n'est donc pas étonnant que des lésions difficiles à reconnaître sous le microscope, le soient plus encore

en clinique, quand surtout elles existent dans l'intimité des organes et dans la profondeur des tissus. »

Faut-il renoncer cependant à établir un diagnostic, et dans certaines conditions n'est-il pas possible de le faire en tenant compte des antécédents de famille, de l'état de santé préalable et de certains signes ? M. Fournier pense qu'il peut être déterminé d'une façon assez précise à l'aide des éléments fournis par une enquête bien conduite et des signes suivants :

1° Dans la syphilis cérébrale, absence constante de fièvre, sauf en certains cas rares et même exceptionnels.

2° On ne rencontre pas dans la syphilis cérébrale ces symptômes habituels de la méningite tuberculeuse tels que : les alternatives subites de rougeur et de pâleur du visage ; le ventre en bateau, les variabilités du pouls, ses irrégularités ; le manque de concordance entre la température qui peut être élevée avec un pouls ralenti, etc.

3° On ne trouve pas, au moins aussi communément, dans les encéphalopathies de la syphilis que dans la méningite tuberculeuse : les cris hydrencéphaliques (que M. Fournier déclare n'avoir jamais entendus chez ses malades), la constipation intense du début ; les vomissements « en fusée » ; le délire ; la photophobie ; les contractures ; le grincements des dents, le mâchonnement, l'opisthotonos, etc., etc.

4° L'aspect « presque hostile et haineux », la physionomie spéciale du malade, le décubitus en chien de fusil appartiennent plutôt à la méningite tuberculeuse.

5° L'amaigrissement, les modifications dans l'état général sont plus rapides dans la méningite tuberculeuse.

« Plus souvent encore, ajoute M. Fournier, la syphilis cérébrale héréditaire a été confondue avec des tumeurs de l'encéphale, notamment avec la plus commune de ces tumeurs, le tubercule. L'erreur est, en l'espèce, naturelle et facile, d'autant que la syphilis détermine parfois des tumeurs de l'encéphale et en affecte par conséquent la symptomatologie.

A ne parler que du tubercule cérébral, il faut convenir qu'il offre un ensemble clinique singulièrement analogue à celui des encéphalopathies spécifiques. Il en a les symptômes principaux (céphalalgie, troubles congestifs, accès épileptiformes, paralysies partielles, etc.); il en a également l'allure apyrétique, la marche insidieuse et lente, etc. Aussi bien n'en peut-il être distingué que d'une façon indirecte, par des considérations tirées de l'état général du malade, de ses antécédents personnels, de ses prédispositions héréditaires. L'examen du malade apprendra si l'on a affaire ou non à un sujet tuberculeux, soit tuberculeux de fait, de par quelque localisation phymique déjà accomplie, soit tuberculeux de tendance, en raison d'un lymphatisme avéré, d'une constitution affaiblie. L'analyse des antécédents révélera ou pourra révéler dans le passé des manifestations de syphilis ou de tuberculose. Mais c'est tout, et nul autre élément ne viendra éclairer le diagnostic d'une façon plus précise » (Alf. Fournier. *Syphilis heréditaire tardive*, 1886).

Ainsi que nous l'avons déjà fait remarquer, dans de pareils cas les prédispositions héréditaires, les antécédents personnels, l'influence momentanément heureuse du traitement spécifique, l'enquête la plus complète ayant

même fourni des résultats très affirmatifs au point de vue de l'hérédité syphilitique, négatifs ou tout au moins douteux au point de vue de l'hérédité tuberculeuse, ne seront pas encore des raisons suffisantes pour dissiper tous les doutes et permettre une affirmation.

Une guérison survenue sous l'influence du mercure et de l'iodure de potassium et non démentie pendant plus d'une année plaiderait peut-être en faveur d'une production syphilitique, mais ces guérisons maintenues sont exceptionnelles. On perd souvent de vue ces petits malades et l'on ignore quel sort leur a été réservé après une amélioration ou une disparition des accidents ayant duré quelques semaines.

Disons cependant qu'en dehors des tumeurs cérébrales, gomme syphilitique, gliome, tubercule, etc..., difficiles sinon impossibles à différencier cliniquement les unes d'avec les autres, parce qu'elles produisent les mêmes désordres fonctionnels indépendamment de la nature de la lésion, on peut, en général, après un certain nombre de jours éliminer le diagnostic de méningite tuberculeuse en tant que méningite affectant les enveloppes du cerveau et produisant les granulations de la pie-mère et les exsudats de la base. Sauf de rares exceptions, on sait que cette maladie se prolonge rarement au delà du vingt-huitième jour. Les tumeurs cérébrales peuvent déterminer des accidents ressemblant à s'y méprendre aux affections des enveloppes du cerveau et M. Rendu ayant communiqué autrefois à la Société médicale des hôpitaux une observation de gliosarcome de l'encéphale, simulant une méningite

tuberculeuse, ajoute que la prolongation insolite des symptômes devait imposer une grande réserve au sujet d'une méningite tuberculeuse et qu'en pareille circonstance, passé la quatrième semaine de la maladie, il croit qu'on devrait renoncer à ce diagnostic.

Le plus souvent le diagnostic se posera donc entre le tubercule cérébral provoquant des accidents méningitiques et une lésion cérébrale de nature spécifique ayant amené soit de la pachyméningite, de l'arachnitis, avec adhérences des méninges entre elles ou au cerveau, soit des gommes, soit encore des lésions osseuses du crâne ayant retenti sur l'encéphale par compression ou irritation. Les autres tumeurs sont assez rares chez l'enfant.

Les observations où le diagnostic a été fait d'accidents méningitiques dus à la syphilis héréditaire et où l'autopsie est venue donner raison à cette manière de voir sont encore rares, la plupart d'entre elles sont des observations de méningites guéries par l'iodure de potassium et le mercure et attribuées à la syphilis. La rareté des premières autorise de grandes réserves sur la nature des secondes, et notre deuxième observation, où tout semblait plaider en faveur de la syphilis et où l'on trouva à l'autopsie des lésions tuberculeuses, nous a paru intéressante à rapporter à ce point de vue.

Nous publions d'abord une première observation ayant trait à un petit malade qui sortit très-amélioré de l'hôpital après avoir présenté des accidents méningitiques et avoir séjourné trois mois dans le service.

Observation I. — *Accidents méningitiques ayant cédé au traitement par l'iodure de potassium et le mercure. Guérison des symptômes. Déchéance intellectuelle.* Due à l'obligeance de M. Hutinel, professeur agrégé à la Faculté.

Marcel M..., âgé de 2 ans 1/2 est entré le 23 septembre 1889, salle Bouchut, dans le service de M. Hutinel à l'hôpital des Enfants-Malades.

Antécédents héréditaires. — Paternels. — Grands parents inconnus. Père âgé de 26 ans, a toujours été bien portant d'après son dire.

Maternels, — Le grand-père a 52 ans et la grand'mère 50. L'un et l'autre sont actuellement en bonne santé.

La mère est âgée de 25 ans et n'a jamais été malade. Personne n'est sujet aux bronchites dans la famille. Mariée depuis sept ans, la mère n'a jamais eu de boutons sur le corps, ni mal à la gorge. Cependant elle a perdu ses cheveux et souffre de pertes blanches qui ont été révélées pour la première fois à la malade par une sage-femme, elle-même n'y ayant jamais pris garde jusqu'alors.

Les ganglions du cou sont engorgés.

Au moment de la naissance de notre petit malade qui est le troisième enfant, le père et la mère ne se considéraient pas comme atteints d'une affection quelconque.

Ils ont eu six enfants dont trois seuls sont vivants.

L'un a succombé à l'âge de deux mois, l'autre à dix-neuf jours, le troisième à dix jours. Ils auraient eu des convulsions et seraient morts d'athrepsie. Aucun d'eux n'a présenté sur le corps ni rougeurs, ni boutons.

Parmi les enfants vivants, l'un âgé de 4 ans 1/2, à eu l'année dernière une forte bronchite et a toujours toussé depuis ; l'autre âgé de 17 mois n'a jamais été malade, le troisième est celui qui fait le sujet de cette observation.

Antécédents personnels. — Depuis sa naissance l'enfant a toujours crié beaucoup et a été très difficile à élever. Il a présenté à l'anus, aux jambes, aux oreilles, des boutons et a toujours eu des éruptions impétigineuses.

Son nez coulait constamment, il avait des gerçures aux lèvres.

Né à terme, il fut nourri au biberon et resta en nourrice à la campagne pendant seize mois. De très bonne heure, on le soumit à une alimentation solide. Il n'a pas eu la rougeole ni aucune autre maladie.

Il y a quinze jours l'enfant a été pris de vomissements alimentaires et bilieux s'effectuant sans efforts et qui durèrent deux jours.

Pendant les cinq ou six jours qui suivent, il est pris à plusieurs reprises d'accès convulsifs fréquents la nuit et le jour et occupant les membres et la tète Souvent, mais principalement la nuit il pousse des cris aigus.

Le troisième jour après le début des attaques, la mère en faisant le matin la toilette de l'enfant s'aperçoit que l'œil gauche était fermé et que le petit malade était incapable de l'ouvrir.

Depuis huit jours l'enfant est abattu, porte de temps en temps la main à la tête mais n'a eu ni vomissements ni convulsions nouvelles.

La constipation est opiniâtre depuis le premier jour.

Le 22 au matin, surviennent quelques vomissements légers, les seuls qui se soient produits depuis une dizaine de jours.

Etat actuel. — 24 sept. Enfant amaigri, chétif ne portant pas de trace de rachitisme. Il est inerte, indifférent à tout ce qui l'entoure, se laisse examiner sans le plus petit mouvement et sans le moindre cri, et présente un peu de cyanose.

Le moteur oculaire commun du côté gauche est paralysé.

Il y a du ptosis, du strabisme externe et de la mydriase.

Des deux côtés, il existe un peu de contracture des membres accompagnée de raideur des muscles du dos. Les réflexes ne sont pas exagérés et il n'y a pas de trépidation épileptoïde mais

de la raideur de la nuque, de la contracture des mâchoires et peut-être un certain degré de parésie du bras gauche.

Le ventre est en bateau. On ne sent ni matières fécales à la palpation au niveau du cæcum ou du côlon, ni gargouillements dans les fosses iliaques.

Les ganglions du cou et de l'aine sont engorgés, il y a de l'impétigo. Au niveau de la bosse frontale gauche on constate une exostose; l'occiput est saillant; les lèvres sont un peu fissurées. Sur les fesses on relève des cicatrices blanchâtres et de l'érythème au pourtour de l'anus.

Les tibias normalement conformés ne sont douloureux ni à la pression, ni à la percussion. Il en est de même de l'humérus. Les testicules non descendus dans les bourses sont gros et durs.

La respiration est irrégulière, mais on n'entend aucun bruit anormal à l'auscultation.

Le pouls est faible, irrégulier; le cœur bat irrégulièrement.

La température est de 37°,6.

Le foie et la rate ne présentent rien de particulier.

Il existe une lésion de la base de l'encéphale, mais il est impossible d'après l'état actuel de se prononcer en faveur d'une affection plutôt syphilitique que tuberculeuse. Cependant la longue durée, les convulsions du début, l'absence de fièvre plaident contre la tuberculose.

Le traitement antisyphilitique est institué, le malade soumis aux frictions mercurielles avec 1 gr. d'onguent napolitain en même temps qu'on lui prescrit : 0 gr. 20 centigr. de calomel et 0 gr. 30 centigr. d'iodure de potassium à prendre en quatre fois dans la journée.

T. le 24 au soir, 38°.

25 septembre. Matin, T. 36°,7 ; soir, T. 37°,8.

Le 26. Matin 37°,3. Respiration irrégulière. Le malade a quatre ou cinq respirations normales puis à ces respirations normales succède un temps d'arrêt. On compte vingt respirations par minute. Depuis deux jours il tousse un peu. T. s. 37°,1.

Le 27. T. m. 37°,1. T. s. 37°,7.
Le 28. T. m. 37°,3. T. s. 37°,7.
Le 29. T. m. 37°,1. T. s. 37°,6.
Le 30. T. m. 37°,1. T. s. 37°,4.
1er octobre. T. m. 37°. T. s. 37°,3.
Le 2. T. m. 37°. T. s. 37°,4.
Le 3. T. m. 37°. T. s. 37°,5.

Une amélioration sensible est survenue; l'exostose frontale a notablement diminué. Le membre supérieur droit est frappé d'un degré léger de parésie et le petit malade s'en sert moins volontiers ce matin que les jours précédents lorsqu'on lui présentait un objet à saisir. Cet état parétique du membre supérieur droit coïncide avec une légère contracture du membre inférieur du même côté et l'enfant se tient avec peine sur ses jambes, cependant à l'abattement, à l'inertie, à l'indifférence des premiers jours, a succédé un certain réveil de l'intelligence. Le malade reconnaît, joue, s'intéresse à ce qui se passe autour de lui.

Le 4. T. m., 37°,3. T. s., 37°,4.

Un peu de diarrhée étant survenue, on prescrit 0 gr. 25 de salicylate de bismuth.

Le 5. Amélioration de plus en plus sensible. Avec la disparition progressive de l'abattement et de l'indifférence, on constate que l'œil gauche commence à s'ouvrir. Continuation du traitement.

T. m., 37°,1. T. s., 37°,6.

Le 7. L'amélioration est très marquée; l'œil gauche complètement clos au début, est aujourd'hui à demi ouvert. L'enfant est gai et joue dans son lit. L'exostose frontale a encore diminué de volume. Les testicules sont descendus. Température normale.

Jusqu'au 15 octobre, au matin, la température est restée entre 37° et 37°,4 maxima.

Le 15, au soir, elle monte à 37°,8. Celle du 16, au matin, au lieu de tomber comme tous les matins à 37°, reste au taux ves-

péral des jours précédents, c'est-à-dire à 37°,4. Le soir, 37°,9.

Le 17, au matin, 37°,4. Sur la face et la poitrine, apparaît une éruption morbilliforme. T. s., 40°.

Le 18, l'enfant est transporté au pavillon d'isolement, service de la rougeole.

Resté jusqu'au 8 novembre dans le service de la rougeole, l'enfant est réintégré salle Bouchut. La rougeole s'est effectuée normalement, et ce fait a une grande importance dans l'espèce, car il pouvait faire penser que la maladie pour laquelle l'enfant était entré à l'hôpital, n'était pas de nature tuberculeuse. On sait quelle influence mauvaise a la rougeole survenant chez des enfants tuberculeux, et on pouvait supposer que si les accidents méningitiques dont on avait constaté l'existence chez M..., avaient été de nature tuberculeuse, ils auraient subi, de la part de la rougeole, une nouvelle recrudescence.

10 novembre. Il n'y a plus de ptosis, mais il reste un léger strabisme et de la mydriase. L'exostose frontale est encore manifeste, bien que considérablement amoindrie. On sent, en explorant le front, que la bosse frontale est plus volumineuse à gauche qu'à droite.

Les testicules sont plus petits, les ganglions ont diminué de volume, mais l'enfant est abattu.

Le traitement est repris et l'iodure de potassium prescrit à la dose de 0, gr. 20 centigrammes.

Le 20. Depuis le jour de son retour du service de la rougeole l'enfant était resté assez abattu, mais à partir du 17 novembre l'amélioration est devenue très sensible. Il joue, chante et s'intéresse aux choses extérieures.

Le 23. Le malade, pour la première fois depuis son entrée, se tient debout et fait quelques pas sans soutien. Il arrive à marcher sans écarter beaucoup les jambes. Le strabisme persiste et en présence d'une certaine irritabilité, de cris, d'agitation, on avait pu craindre une nouvelle poussée d'accidents cérébraux mais il n'en a rien été.

Dans le courant du mois de décembre, l'examen ophtalmos-

copique est pratiqué par M. Valude. On trouve des deux côtés une rétinite centrale en voie de guérison mais beaucoup plus accentuée du côté gauche que du côté droit.

24 décembre. L'enfant est pris de grippe avec toux assez fréquente, larmoiement et écoulement nasal.

3 janvier. La grippe a suivi une marche normale, aucun changement n'est survenu à la suite de cette complication, dans les manifestations antérieures.

Quelque temps après, le malade quitte le service guéri de ses accidents de paralysie, mais il garde au point de vue intellectuel une tare qui le rend un peu bizarre et fait craindre pour l'avenir de nouvelles poussées.

Réflexions. — Les phénomènes paralytiques,les contractures, les convulsions, les vomissements relevés chez cet enfant font penser à une lésion de la base et de la région bulbo-protubérantielle. Était-elle tuberculeuse ou syphilitique ? Il nous paraît difficile de se prononcer ici plutôt en faveur de l'une que de l'autre des deux affections.

Les antécédents syphilitiques n'ont pas été avoués par les parents ou sont restés ignorés d'eux, mais nous avons en leur faveur plusieurs signes : la mortalité infantile considérable puisque trois enfants sur six sont morts peu après leur naissance ; des éruptions sur le corps de l'enfant dont nous trouvons encore la trace puisqu'il existe des cicatrices aux fesses ; le coryza persistant, les fissures des lèvres et l'exostose frontale.

Les antécédents tuberculeux n'existent pas.

Au point de vue des symptômes relevés chez le malade pendant son séjour, nous trouvons pour confirmer les scupçons sur la nature non tuberculeuse des acci-

dents observés, outre les commémoratifs précédents : la nature des vomissements qui n'ont pas eu le caractère de ceux de la méningite tuberculeuse puisqu'ils ont été peu fréquents et n'ont persisté que pendant deux jours de la période prodromique ; les cris qui n'ont pas eu le caractère spécial des cris hydrencéphaliques ; les paralysies du début, rares dans la méningite tuberculeuses car ainsi que le dit M. Rendu : « la paralysie n'apparaît presque jamais pendant la première période de la méningite tuberculeuse. Tous les cas ou à peu près appartiennent à la période comateuse et la fréquence de la paralysie s'accroît d'autant plus que l'on se rapproche davantage de l'époque de la mort ».

De plus la paralysie qui a frappé notre malade pendant la période prodromique est cette paralysie de la troisième paire, la plus fréquente des paralysies syphilitiques ; celle qui d'après M. Fournier est la paralysie par excellence de la syphilis et portant pour ainsi dire avec elle un véritable cachet de spécificité.

Pendant toute la durée des accidents, sauf pendant les complications qui survinrent, l'enfant est resté sans la moindre fièvre ; il a eu la rougeole et la grippe successivement et aucune de ces maladies n'a paru agir d'une manière défavorable sur les phénomènes méningitiques.

Enfin, sous l'influence du traitement d'épreuve, les paralysies et les contractures ont cédé, l'exostose frontale a diminué, les testicules gros et durs, restés inclus dans le canal inguinal, ont diminué de volume et sont descendus dans les bourses, les signes constatés à l'ophtalmoscope ont montré des lésions en voie de guérison

et, phénomène très important, l'intelligence qui avait été frappée d'un certain degré de déchéance s'est réveillée, la gaieté est revenue ; l'apathie, l'indifférence des premiers jours ont fait place à l'intérêt pour les objets environnants et à l'attention aux soins des personnes du service.

La céphalée, surtout vespérale, ne nous fournit aucun renseignement précis, car elle ne semblait pas avoir une intensité plus grande que dans la méningite tuberculeuse. Comme symptômes pouvant se rapporter à cette dernière maladie nous relevons ; la constipation, la rétraction du ventre en bateau, les convulsions du début, plus rares dans la méningite syphilitique que dans la méningite tuberculeuse.

L'amaigrissement, les contractures des membres et de la nuque, etc. ne peuvent servir pour les différencier l'une de l'autre, ces signes étant communs aux deux maladies.

En résumé, nous serions plutôt disposé dans le cas présent à croire à des accidents dus à la syphilis héréditaire, mais nous restons dans le doute car un tubercule de la région bulbo-protubérantielle aurait pu déterminer les mêmes phénomènes.

L'observation suivante est une preuve à l'appui de ce que nous venons de dire et justifie nos réserves :

Observation II (personnelle). — *Accidents méningitiques. Syphilis héréditaire. Amélioration sous l'influence du traitement spécifique. Tuberculose pulmonaire. Autopsie. Tubercule de la protubérance.* Recueillie dans le service de M. Hutinel, à l'hôpital des Enfants-Malades.

Le nommé G..., Alfred, né le 18 octobre 1888, est entré le

9 juin 1890, salle Bouchut, à l'hôpital des Enfants-Malades.

Antécédents héréditaires :

Du côté paternel. — Grand-père mort à 63 ans, habituellement bien portant. Un peu buveur d'eau-de-vie, a présenté sur la fin de sa vie des troubles cérébraux qui ont duré environ dix-huit mois. Grand-mère bien portante.

Père âgé de 39 ans, habituellement bien portant.

En 1870, il s'engage, et vers la fin de la campagne commence à tousser. Les phénomènes pulmonaires ayant pris une certaine intensité, il entre à l'hôpital à Clermont-Ferrand, en mars 1871, y séjourne quatre semaines et en sort guéri.

Depuis cette époque, la poitrine est restée sensible, tous les hivers il s'enrhume et il a eu pour la première fois, il y a trois mois, un léger crachement de sang qui fut suivi de quelques crachats sanguinolents. Pas de sueurs noctures, pas d'amaigrissement. Cet homme est de corpulence moyenne et assez bien musclé.

Il y a quinze ans, il contracte, étant soldat, un chancre induré pour lequel il est soigné à l'hôpital militaire de Versailles. Pendant quarante-cinq jours il est soumis au traitement par les pilules de protoiodure.

L'année suivante, des douleurs rhumatoïdes très fortes se font sentir dans l'épaule droite, en même temps qu'apparaissent des accidents dans la gorge. Le malade qui avait été averti se met (sponte sua) au traitement, et prend pendant sept mois de la liqueur de Van Swieten et de l'iodure de potassium.

Deux ans après, trois ans par conséquent après l'accident initial, il se marie, et depuis lors ne s'est plus traité si ce n'est qu'il a pris dans l'espace de trois années sans indication aucune, environ trois litres d'iodure de potassium.

Depuis trois semaines, G... se plaint de douleur assez forte dans le côté gauche, il tousse davantage, a perdu ses forces et se décide à se rendre à l'hôpital Beaujon. On lui prescrit : tisane de bourgeons de sapin, sirop de térébenthine et infusion de quassia.

Depuis cinq jours il vomit matin et soir et nous avoue quelques excès de boisson.

Nous ne trouvons rien à noter à la percussion ni à l'auscultation.

Parmi les collatéraux, une sœur serait morte de phtisie pulmonaire. Les autres frères et sœurs seraient bien portants.

Du côté maternel. — Grand-père en assez bonne santé, grand'mère morte de variole hémorrhagique. Frères et sœurs en bonne santé.

Mère. — Agée de 30 ans ; mariée à 18 ans.

La première année de son mariage en 1878, elle a deux enfants, le premier est mort-né à trois mois ; le second également mort-né à six mois.

La mère n'a jamais, dans le cours de cette seconde grossesse, senti les mouvements actifs du fœtus comme dans les grossesses ultérieures. Il lui semblait que c'était une boule qui se déplaçait dans le ventre. L'abdomen était plus volumineux qu'il ne l'est habituellement à cette période et la fausse couche a été accompagnée d'une perte assez considérable de liquide amniotique (hydramnios probable avec enfant mort et macéré).

Deux ans après, en 1880, elle met au monde une petite fille née à terme mais chétive.

Cette enfant élevée au biberon, a eu une diarrhée verdâtre, quelquefois sanguinolente, presque continuelle. Vers le sixième mois, elle est prise d'*accidents méningitiques*, de céphalalgie avec exacerbations nocturnes, cris aigus et fréquents. L'enfant porte continuellement sa main à sa tête. Un médecin appelé porte le diagnostic de méningite. Huit jours après le début des accidents la petite malade succombe. Elle n'avait jamais eu aucune éruption.

Dans le courant de l'année suivante, en 1881, un an après sa troisième grossesse, la mère de notre malade fut prise de douleurs qui débutèrent par le bras gauche, prirent plus tard le bras droit, puis la tête et enfin la région lombaire. Elles s'étendirent jusque dans les jambes et devenaient plus fortes le soir.

A la même époque et coïncidant avec ces phénomènes douloureux, apparaît une éruption de boutons sur le front, les bras et l'abdomen, et les cheveux tombent par poignées. Ce n'est que trois mois après le début de ces accidents que la malade se décide, devant la persistance de ses douleurs rhumatoïdes et de l'éruption, à venir à l'hôpital Beaujon à la consultation de M. le Dr Millard. A l'examen au spéculum on trouva des lésions qu'on lui dit être de même nature que celles qu'elle portait sur la peau et elle fut soumise pendant trois semaines à un traitement par les bains sulfureux et des pilules au nombre de deux par jour.

Le mois suivant on joint aux prescriptions l'iodure de potassium. Deux fois par semaine la malade vient à la consultation de l'hôpital Beaujon pendant près de six semaines. Après guérison on lui conseilla de continuer le traitement pendant deux ans au moins. Elle suivit l'ordonnance pendant dix-huit mois et n'eut plus aucune manifestation jusqu'à ces derniers temps. C'est l'année dernière que, peu de temps après ses dernières couches, trois ulcérations du diamètre d'une pièce de dix centimes environ, apparurent dans la région de la nuque, à la racine des cheveux. Ces ulcérations recouvertes de croûtes, se cicatrisèrent sans autre traitement que des soins de propreté.

En 1885, quatre ans après ces manifestations, elle accouche pour la quatrième fois. L'enfant née à terme, nourrie au sein par la mère, est actuellement en bonne santé. Elle n'a jamais été très malade, mais a présenté peu de temps après sa naissance quelques boutons sur la figure et quelques croûtes dans les cheveux. Entre trois mois et un an elle fut sujette à un coryza continuel qui causait une obstruction des fosses nasales et la formation de croûtes aux bords des narines. Ces accidents ont cédé à des soins de propreté. Après l'âge d'un an elle devint sujette à des rhumes fréquents pendant l'hiver et à trois ans, eut une éruption passagère. Cette fillette a eu ses premières dents à huit mois, a marché à dix mois. Vers l'âge de deux mois, la mère ayant remarqué que les jambes de l'enfant s'in-

curvaient, consulta un médecin qui prescrivit du phosphate de chaux. Le traitement fut continué pendant deux ans. Actuellement il n'y aurait plus, au dire de la mère, aucune trace de déformation.

Trois ans après en 1888, cinquième grossesse. L'enfant naît à terme, c'est notre petit malade.

Antécédents personnels. — Elevé au sein, l'enfant a toujours été chétif. Il a présenté à l'âge de deux mois sur la figure et en particulier sur le front, autour de la bouche et en même temps sur les fesses, une éruption qui guérit au bout d'un mois en laissant après elle des taches qui persistèrent pendant six mois. Cette éruption aurait consisté en petites vésicules qui s'ouvraient, laissant après elles une ulcération, « la peau était comme creusée », nous dit la mère. Ces accidents cutanés furent soignés par l'eau boriquée. A l'âge de quatre mois, sa sœur étant atteinte de la varicelle, il la prend à son tour.

L'enfant s'enrhume facilement. Les premières dents paraissent à neuf mois. Il dit ses premiers mots à quatorze mois et ne marche pas encore.

Depuis huit mois il est atteint d'une constipation opiniâtre et la mère lui fait prendre tous les jours un, quelquefois deux lavements.

Vers l'âge d'un an, le testicule gauche descendu dans les bourses a pris un développement qui a attiré l'attention des parents.

Dans les premiers jours du mois de mai dernier, l'enfant est pris de maux de tête qui lui arrachent des cris. Il porte fréquemment la main à sa tête, mais ses plaintes sont surtout accentuées la nuit. Un médecin appelé porte le diagnostic de méningite, un pronostic très sévère et ordonne du sulfate de quinine contre la fièvre, qui était paraît-il assez forte.

Ces maux de tête durent trois jours, puis s'amendent peu à peu. Quinze jours après le début de ces accidents, la mère de l'enfant s'aperçoit qu'il ne peut plus fermer complètement l'œil gauche et que sa bouche est déviée à droite pendant qu'il crie.

Peu de temps après survient une paralysie de la jambe droite et du bras droit, accidents qui déterminent la mère à amener l'enfant à l'hôpital.

État actuel. — Enfant chétif, très amaigri. Les membres sont grêles, le thorax peu développé, le ventre gros, la peau sèche, jaune, ridée, le teint jaunâtre, sale.

L'enfant a véritablement l'aspect d'un petit vieillard souffreteux. Il y a de la raideur du cou. Le bras droit et la jambe droite sont contracturés ; les réflexes patellaires sont exagérés.

Le crâne est légèrement élargi transversalement et le vertex est aplati ; les fontanelles sont fermées, les os du crâne paraissent durs. Les dents ne présentent pas d'altérations caractéristiques, mais elles ont été retardées dans leur évolution. Le nez est aplati à la base. La bouche est tirée à droite, l'œil gauche reste ouvert en même temps qu'il existe du strabisme interne du même côté. Il y a donc une paralysie faciale et une paralysie du nerf moteur oculaire externe. Les deux pupilles se contractent également ; le fond de l'œil est sain et l'examen ophtalmoscopique fait par M. Valude donne un résultat négatif. Une taie du diamètre d'un grain de chènevis occupe le pôle cornéal de l'œil droit. Il n'y a ni écoulement d'oreille, ni douleur à la pression de la région mastoïdienne.

Le thorax ne présente pas le chapelet costal des rachitiques.

Les membres supérieurs, maigres ne présentent pas de déformation bien sensible. Les membres inférieurs sont grêles, la peau ridée à la surface des cuisses fait des plis nombreux, et les adducteurs sont dessinés sous la peau flasque et amaigrie. Les tibias sont légèrement incurvés, le gauche plus que le droit, et tous les deux présentent à leur tiers supérieur, des exostoses occupant la face interne.

L'articulation fémoro-tibiale droite est très augmentée de volume et présente exactement les signes de la pseudo-tumeur blanche décrite par M. Fournier. Aucun épanchement synovial appréciable.

Les ganglions du cou sont engorgés et forment un chapelet dont les grains sont gros comme de petites noisettes et roulent sous le doigt. Les ganglions sous-occipitaux sont tuméfiés. Les ganglions axillaires sont également durs et augmentés de volume et dans les aines de chaque côté, des ganglions durs, roulent sous le doigt comme de petites billes rondes.

La lèvre supérieure est fissurée et les commissures portent la trace manifeste d'érosions cicatrisées. Sur la peau de la fesse gauche, à la partie supérieure, on voit une cicatrice de couleur gris jaunâtre, un peu rugueuse au toucher, circulaire, plus pâle sur les bords qu'au centre, nettement délimitée, peu saillante, de la grandeur d'une pièce de vingt centimes en argent.

Au tiers supérieur de la cuisse droite, existe une cicatrice de même dimension que la précédente, de même forme, mais paraissant moins ancienne, plus colorée, plus rougeâtre.

Le foie est augmenté de volume. La matité hépatique commence dans le septième espace et on sent le bord libre de l'organe à deux travers de doigt sous les fausses côtes. Il est lisse, non douloureux à la pression. Il n'y a pas d'ictère.

La rate est très grosse. Son bord inférieur n'est séparé de la crête iliaque que par l'épaisseur de deux travers de doigt à peine et elle forme comme un large gâteau dans le flanc gauche.

Le testicule gauche est gros comme une noisette ordinaire, lisse, régulier, non douloureux à la pression, mobile, dur et donnant absolument aux doigts la sensation d'une petite bille.

Le testicule droit plus petit, s'échappe sous le doigt et remonte fréquemment dans le canal inguinal.

Lorsqu'on peut le saisir et le faire descendre, il paraît gros comme un petit pois, également rond, dur, et insensible à la pression.

Le cœur est sain. A l'auscultation on entend une respiration soufflante à la racine des bronches, due sans doute à de l'adénopathie trachéo-bronchique.

Constipation.

Aucun trouble de la sensibilité.

La température est normale.

Ajoutons que l'enfant crie, ne parle pas et qu'il a depuis quelques mois, perdu l'usage des deux ou trois mots qu'il avait appris à prononcer.

L'aspect chétif de l'enfant, le retard dans la marche, la parole et la dentition, l'aspect extérieur, la peau terreuse, le teint syphilitique, diffèrent du teint scrofuleux, la paralysie d'origine périphérique, la paralysie du moteur oculaire externe, l'absence de fièvre, l'absence de phénomènes basilaires, d'inégalité pupillaire, de modifications du pouls, enfin les lésions du foie, de la rate surtout et du testicule, accompagnant les déformations des membres et les cicatrices des fesses, font émettre à M. Hutinel l'hypothèse possible d'accidents syphilitiques de la base de l'encéphale, simulant une méningite tuberculeuse, mais cela sous toutes réserves. Le malade est immédiatement soumis au traitement antisyphilitique par les frictions mercurielles et en mêmes temps par l'iodure de potassium, qui est prescrit à la dose de 0 gr. 40 centigr. par jour.

11 juin. Le cou est raide, la jambe droite et le bras droit contracturés. La jambe gauche elle-même semble présenter un léger degré de contracture, le bras gauche est libre. Les réflexes sont exagérés par la percussion du tendon rotulien.

L'œil gauche est ouvert et la paralysie du moteur oculaire externe persiste.

Le 16. Il y a un léger degré de régression dans les symptômes.

Le 27. Une amélioration notable est survenue et la température jusqu'alors était restée normale, quand le soir elle monte à 38°,6.

Le lendemain la fièvre persiste accompagnée de larmoiement, de coryza et une éruption se déclare

Le 29. La température est à 40°,2 le matin.

L'enfant est en pleine éruption de rougeole ; il est transféré salle Guersant. Le soir 40°,4.

Le 30. T. m. 40°. T. s. 39°,8.

Congestion pulmonaire, râles dans toute l'étendue des poumons des deux côtés, état grave, pronostic très défavorable. On n'espère pas que cet enfant si chétif puisse résister à la maladie. Traitement : bains et cataplasmes sinapisés, sulfate de quinine, rhum,

1er juillet. T. m. 39°, soir 38°,4.

Le 2. T. m. 37°,6, soir 38°.

L'enfant va beaucoup mieux, est assez éveillé, mais crie fréquemment et il est impossible de l'examiner ou de le prendre sans provoquer des cris aigus.

Les signes de paralysie ne se sont pas modifiés depuis le jour où l'on avait constaté une certaine amélioration.

Du 3 au 5, la température redevient peu à peu normale et retombe à 37°,2 le 5 au matin.

Pendant ces quatre jours les phénomènes paralytiques se sont amendés ; la paralysie faciale est moins marquée quand l'enfant ne crie pas, l'œil gauche se ferme presque complètement, le strabisme persiste.

Le 8. Même état. L'enfant, qui depuis son entrée à l'hôpital avait toujours été maussade et criard, commence à rire un peu et s'intéresse à ce qui se passe autour de lui. Cependant il est impossible de le toucher, si doucement que ce soit, sans lui arracher des cris aigus.

La convalescence a suivi un cours régulier; le malade rentre salle Bouchut, le 17 juillet.

Le malade va beaucoup mieux qu'à son entrée, la paralysie faciale n'est plus guère marquée que par une déviation de la commissure dans les moments de rire ou de pleurs.

Le strabisme interne de l'œil gauche est moins marqué. Les deux paupières se ferment.

L'iodure de potassium est repris à la dose de 0 gr. 20 centigr.

Le 18 au soir, la température marque 38° et le matin du 19 juillet, nous trouvons l'enfant atteint d'une éruption d'impétigo occupant le front et le cou principalement. Sur les bras, quelques vésico-pustules très nombreuses, petites, reposent sur un fond légèrement érythémateux.

Du 19 au 28, la température oscille entre 37° au moins, le matin et 38° le soir.

L'éruption d'impétigo a suivi son évolution, quelques croûtes occupent le cou et le front.

L'œil gauche est le siège d'une blépharo-conjonctivite assez forte, la paupière est œdématiée, l'œil est fermé. On voit du pus sourdre à travers l'orifice palpébral fermé.

Depuis le 22, l'iodure de potassium est supprimé et remplacé par des frictions mercurielles, deux fois par jour.

L'impétigo a envahi le dos et la poitrine.

Les membres du côté droit sont toujours contracturés, mais l'état des contractures est très variable d'un jour à l'autre.

La tumeur blanche du genou droit s'est accentuée davantage. La région est douloureuse à la pression.

En mesurant avec une mince bande de papier, la jambe étant dans l'extension, le genou droit, au niveau du bord supérieur de la rotule, on obtient en circonférence 14 centim. 1/2, tandis qu'à gauche on n'obtient à la même hauteur que 12 centim. 1/2. Au niveau du bord inférieur de la rotule on obtient à peu près les mêmes résultats des deux côtés. L'augmentation de volume du genou droit porte surtout sur les condyles fémoraux.

Le malade crie toujours beaucoup, mais surtout pendant la nuit où il crie d'une façon pour ainsi dire continue.

Du 1er au 6 août, la température oscille entre 37°,4 le matin et 37°,6 le soir. L'ascension vespérale est donc moindre que les jours précédents. L'iodure de potassium est repris depuis le 30 juillet.

Le 6. Il survient un peu d'acné, l'iodure est remplacé par XXX gouttes de liqueur de Van Swieten par jour. Les contractures sont moins fortes, la main gauche serre les objets qu'elle tient avec plus de force que les jours précédents.

Le 7. Survient de la diarrhée. Suppression du traitement.

On prescrit : salicylate de bismuth : 0 gr. 40 centigr., T. m., 38°,4. T. s., 38°,9.

Le 8 : T. m., 38°,4. T. s., 37°,7.

La température après cette courte période ascensionnelle redevient normale. Le pouls est toujours régulier.

Le 13. Le moteur oculaire externe a retrouvé à peu près intégralement son action ; le bras droit n'est presque plus contracturé ; l'énergie du bras gauche s'est encore accrue. Sur le dos et les fesses survient une nouvelle poussée d'impétigo. Les pustules laissent à leur place des ulcérations qui s'enflamment et dont les bords deviennent rouges, irrités par le contact de l'urine et des matières fécales, l'enfant urinant constamment sous lui et ayant toujours de la diarrhée.

Pansement des plaies au salol.

Du 8 août au 29, la température oscille aux environs de 37° sans dépasser 37°,4 le matin et tombant à 36°,7 le soir. L'enfant est affaibli par la diarrhée et semble aller moins bien au point de vue de l'état général, il a un peu de dyspnée. Rien à l'auscultation, si ce n'est la persistance du souffle, dû à l'adénopathie trachéo-bronchique.

M. Hutinel prescrit des inhalations d'oxygène qui sont faites pendant cinq à six jours.

Le 22. L'amélioration est notable, le facies moins terreux : la peau de la face est plus blanche, les joues prennent une teinte rosée. Les contractures sont moins marquées. La force revient un peu dans le bras droit.

Le 25, La diarrhée persiste, devient verte ; on prescrit 2 gr. d'acide lactique.

Jusqu'au 4 septembre, rien à noter si ce n'est une ascension thermique les 29, 30 et 31 août où la température atteint le soir 38° et 38°,3.

4 septembre. La diarrhée ayant cédé, on reprend les frictions mercurielles.

Le 9. L'amélioration s'accentue. L'enfant qui avait conservé un certain degré de contracture du bras droit et ne pouvait guère mouvoir que les doigts, la main et l'avant-bras, arrive à soulever le membre supérieur tout entier. La jambe est aussi moins contracturée. La rate a un peu diminué de volume. Le ven-

tre est moins gros, moins tendu, l'appétit excellent, mais l'enfant crie toujours la nuit. L'hyperesthésie persiste, le petit malade mâchonne constamment du pain ou du biscuit.

La température du matin comme les jours précédents, était normale ; sauf un peu d'impétigo en voie de guérison, rien n'était défavorable dans l'état du malade, lorsque le soir la température monte à 39°,8.

Le 10, au matin, elle est à 37°,2, pour remonter le soir à 39°,8. A partir de ce moment, la température va osciller entre 37° et 37°,8, le matin ; et 39°,8 à 40° et 40°,2, le soir.

L'enfant est abattu, pâle, l'amaigrissement est rapide et considérable ; en trois ou quatre jours, il a reperdu tout ce qu'il avait gagné depuis deux mois. La respiration est un peu affaiblie à gauche, le souffle persiste à la racine des bronches, rien n'explique encore cette ascension thermique subite. Raideur du cou un peu plus marquée.

Le 18. Les contractures du côté droit sont plus accentuées que les jours précédents, la raideur du cou est aussi plus forte. Traitement : sirop de Gibert ; suppression des frictions.

Le 19. Même état. Un léger strabisme interne de l'œil gauche reparaît. Continuation du traitement par le sirop de Gibert.

Le 22. Le malade est repris de diarrhée verte.

On supprime le sirop de Gibert.

Le 24. La fièvre persiste, toujours élevée le soir. La veille, la température du matin avait été de 36°,5.

La raideur du cou, les cris violents faisaient craindre des accidents cérébraux. M. Hutinel fait appliquer sur la tête une vessie de glace.

Le 25. T. m., 36°,4. T. s., 39°.

La diarrhée ayant cessé, les frictions mercurielles sont reprises.

Le 26. T. m., 36°,4. T. s., 38°,3.

Rien à noter de spécial à l'auscultation. Il y a un léger strabisme de l'œil gauche et de la raideur du cou. Pas d'irrégularités ni de ralentissement du pouls.

L'articulation du genou droit a beaucoup diminué.

Mesurée au-dessus de la rotule, elle ne mesure plus en circonférence que 13 centim. 1/2, au lieu de 14 centim. 1/2.

Le 28. Diarrhée. Suppression du traitement.

La température avait été le 27 au soir de 39°,8 ; elle tombe le 28, au matin, à 35°,5.

Pour la première fois depuis un mois, l'enfant a dormi pendant la nuit.

La paralysie faciale et celle du moteur oculaire externe sont un peu plus marquées que les jours précédents.

Le malade est maigre, les téguments ont repris leur teinte jaunâtre. Il crie dès qu'on touche ses jambes, ou qu'on le découvre. Le ventre est tendu et gros.

Le 30. T. m., 36°. T. s., 39°,2.

1er octobre. T. m., 36°. T. s., 38°,5.

Le 2. T. m., 35°,9. T. s., 40°,4.

Les frictions mercurielles sont reprises, la diarrhée étant moins forte.

Nous entendons avec notre ami Leredde, interne du service, quelques râles aux deux sommets.

Le 3. T. m., 38°. T. s., 40°.

Même état, râles aux deux sommets ; souffle persistant à la racine des bronches ; raideur du cou.

Le 4. T. m., 36°,9. T. s., 40°,2.

Le 5. L'enfant présente sur la cuisse gauche des taches de purpura. Il est cyanosé, tousse beaucoup et a de la dyspnée. A la visite du soir, M. Leredde constate des râles fins à la base droite.

Le 6. La rémission matinale depuis la veille n'est plus que de un degré et 6 dixièmes. La température marque le matin 38°,4 et le soir, 40°.

Râles sous crépitants, fins aux sommets et à la base droite.

Cataplasmes sinapisés.

Le 7. T. m., 37°,2. T. s., 38°,2.

Le malade qui criait beaucoup est plus tranquille et a dormi la nuit.

On entend à l'auscultation des râles sous-crépitants des deux côtés, dans toute la hauteur des deux poumons. Ils sont plus gros et plus nombreux à droite qu'à gauche.

Il y a des râles également en avant sous les clavicules.

Le 9. Le malade est tranquille, crie beaucoup moins. La diarrhée est assez forte et verdâtre. Nombreux râles muqueux mêlés de râles ronflants et sibilants. Pouls régulier.

T. m., 35°,5. T. s., 39°,6.

Le 10. La température contrôlée à deux reprises avec deux thermomètres différents est tombée à 35°,3 le matin.

T. s., 37°,8. Même état que la veille.

Le 11. T. m., 36°,2. T. s., 37°,1.

Le 12. T. m., 36°,2. T. s., 37°,3.

Le 13. T. m., 37°,7. T. s., 36°, 9.

Le 14. T. m., 36°,9. T. s., 37°,8.

Le 15. T. m., 36°,8. T. s., 37°,7.

Les contractures du bras et de la jambe semblent un peu plus accentuées que les jours précédents. On maintient les frictions.

La poitrine est remplie de gros râles.

A partir de ce jour, absence complète de fièvre ; la température va osciller les jours suivants entre 36°,4 et 37°,5.

Le 17. L'amaigrissement est considérable, la diarrhée persistante. Cependant l'appétit est conservé et l'enfant recommence à rire lorsqu'on cherche à le distraire. Dans la poitrine on trouve à l'auscultation de gros râles muqueux avec persistance du souffle à la racine des bronches. Des râles ronflants et sibilants sont mêlés aux râles muqueux.

Le 20. La diarrhée persiste, les râles semblent avoir diminué et sont couverts par des râles ronflants et sibilants. Contracture des membres du côté droit. Raideur de la nuque. Pouls régulier à 96.

Le 23. Même état. Complication de blépharo-conjonctivite

des deux côtés. Sonorité un peu exagérée sous les clavicules. Lavage des yeux à l'eau boriquée.

Le 28. La blépharo-conjonctivite est assez intense et il y a sous les paupières une notable quantité de pus. Les lavages à l'eau boriquée sont continués. Les râles muqueux et les râles de bronchite sont moins nombreux des deux côtés, mais surtout à gauche.

1er novembre. Nouvelle poussée d'impétigo. La diarrhée persistant, on supprime les frictions mercurielles. L'appétit est conservé. L'enfant crie de nouveau la nuit. La contracture est plus marquée que les jours précédents. Sous les clavicules la sonorité est un peu exagérée. Ailleurs elle est normale. A l'auscultation on entend des râles nombreux dans la poitrine en arrière et sous les clavicules en avant. Ces râles ressemblent par moments à de véritables frottements. A la palpation on sent aux deux temps de la respiration comme de véritables vibrations se transmettant à la main.

Le 5 novembre. La contracture du membre inférieur droit est beaucoup plus marquée. La jambe est dans l'extension complète sur la cuisse et on éprouve à plier le genou une forte résistance. Le bras est plus contracturé qu'auparavant, mais la main est libre. La raideur du cou s'est accentuée, et la tête est fortement tournée à gauche. On éprouve de la difficulté à la maintenir pendant quelques instants du côté droit pour ausculter la région sous-claviculaire gauche.

L'enfant crie beaucoup, ne dort pas. La diarrhée est moins forte.

Le 7. Le malade est pris de coryza ; la lèvre supérieure se fendille, se fissure et s'ulcère par places. La conjonctivite est presque guérie. L'appétit est bon, la diarrhée arrêtée. L'enfant ne tousse que très peu.

A l'auscultation, la respiration est affaiblie à gauche, en arrière. On entend toujours de gros râles, mais ils sont moins nombreux. Aux deux temps de la respiration, mais surtout au

commencement de l'expiration, on perçoit ces frottements que nous avons déjà signalés.

Traitement : Frictions à la pommade mercurielle.

Le 15. Amélioration notable. Aspect général meilleur. La gaieté et le sommeil sont revenus. Les contractures ont cédé un peu, ainsi que la raideur de la nuque. Le coryza est en voie de guérison. Les ulcérations et les fissures de la lèvre supérieure se cicatrisent. La conjonctivite est guérie ainsi que l'éruption d'impétigo. Les râles sont moins nombreux ; il n'y a pas de diarrhée ; le ventre est gros, mais souple.

Le 18. Même état. On ordonne 0 gr. 20 centigr. d'iodure de potassium. Inégalité pupillaire.

Le 21. L'amélioration persiste, la température est normale, le teint est devenu plus blanc, au lieu de jaune terreux. Il n'y a ni paralysie faciale, ni strabisme. Les contractures sont moins fortes. La raideur du cou a pour ainsi dire disparu. Cependant l'inégalité pupillaire constatée le 18, persiste et la pupille gauche est plus grande que la droite.

Depuis son entrée dans le service l'enfant a eu ses quatre molaires, ses deux incisives latérales d'en bas et deux canines supérieures.

Le 24. Le malade va assez bien ; la température est toujours normale, l'appétit excellent. L'inégalité pupillaire a disparu. Les contractures sont dans le même état. Pas de raideur du cou. L'iodure de potassium est associé aux frictions mercurielles.

A l'auscultation, les râles persistent assez gros à l'expiration, plus nombreux sous les clavicules.

Le 29. Les râles sont moins nombreux que les jours précédents, l'enfant va bien, joue dans son lit mais reste toujours dans le décubitus dorsal. Diarrhée. Suspension du traitement.

Le 30. La température qui était encore normale le matin, 37°,6, monte subitement le soir à 39°,9, en même temps le malade est pris de dyspnée intense.

1er décembre. T. m., 38°,4. Pouls 120 ; respiration 68. La dyspnée est forte, les narines se dilatent brusquement à chaque

inspiration, le teint est pâle, le ventre très gros. La contracture de la jambe droite est beaucoup moindre que la veille et les jours précédents ; l'enfant la plie facilement et la retire au moindre contact. La nuque n'est pas raide ; les pupilles sont égales, il n'y a ni ptosis, ni strabisme ni paralysie faciale. A l'auscultation : souffle à la base droite ; râles fins dans toute la hauteur des deux poumons, mais surtout à droite.

T. s., 39°,2. Prescriptions : cataplasmes sinapisés, ventouses.

Le 2. T. m., 39°,1.

Dyspnée toujours intense ; légère cyanose. Mêmes signes à l'auscultation. Prescriptions : Cataplasmes sinapisés, ventouses sèches, rhum, caféine, sirop d'éther.

T. s., 39°,7.

Le 3. T. m., 39°,7. Pouls 136. Resp. 72.

Le malade est pâle, légèrement cyanosé, abattu.

La contracture de la jambe droite a presque disparu.

La sensibilité est conservée dans les membres et le malade retire ses jambes vivement au moindre contact.

A l'auscultation : le souffle persiste à droite à la base et à la partie moyenne, les râles sont fins et nombreux dans tout le poumon. A gauche les râles sont plus fins au sommet qu'à la base ; le souffle existe à la racine des bronches, mais semble plus étendu, d'un timbre plus aigre que celui qui y existait depuis longtemps. Toux.

T. s., 39°,7. Même traitement.

Le 4. Rien n'est modifié dans l'état constaté la veille. La température reste à 39°,7.

Le 5. Au matin la température est à 35°,1, rectale.

Cette hypothermie est contrôlée par deux thermomètres différents qui donnent successivement les mêmes chiffres à un dixième près. Respiration, 54. Pouls 120, petit, filiforme.

Les contractures de la jambe et du bras droit ont à peu près disparu.

La pupille gauche est un peu plus grande que la droite.

Dans les deux poumons : souffle tubaire et râles fins nombreux. T. s. 36.6.

Le 6. Souffle moins prononcé à droite, très net à gauche, au sommet et à la partie moyenne en arrière.

Râles fins des deux côtés, nombreux; plus gros aux deux bases. T. m., 37°,9. Pouls 132 régulier, plus plein que la veille, plus fort. Respiration 60. Même traitement. L'appétit est relativement bon. L'enfant prend volontiers le lait et le potage, mais est très abattu. La pupille gauche est un peu plus grande que la droite.

T. s., 38°.

Le 7. A droite les râles sont plus gros dans toute la hauteur du poumon et s'entendent également aux deux temps. Il en est de même à la base gauche.

A gauche au sommet et à la partie moyenne on perçoit un souffle tubaire et des râles fins à l'inspiration.

Anorexie, amaigrissement rapide, pâleur extrême, cyanose légère, abattement, diarrhée.

Les contractures ont presque disparu.

L'enfant boit son lait mais ne peut prendre d'autre nourriture.

T. m., 38°,4. T. s., 38°,6. Pouls 172, petit avec quelques intermittences. Resp. 58, régulière ; dyspnée.

Pas d'inégalité pupillaire, pas de strabisme, pas de paralysies.

A cinq heures du soir les extrémités inférieures se refroidissent, l'enfant se cyanose davantage, la dypsnée devient plus forte, puis apparaît le râle trachéal.

Le malade cherche à enlever avec ses mains les mucosités qui obstruent sa gorge, se débat longuement, saisit brusquement les personnes qui l'approchent ou bien les repousse et succombe après une lutte pénible à deux heures du matin, le 8 décembre.

Autopsie. — Le crâne est assez dur, la dure-mère, n'est pas adhérente aux méninges molles.

Le liquide céphalo-rachidien s'écoule en quantité assez abondante, il existe une suffusion séreuse évidente. La pie-mère est injectée.

La surface corticale ne présente aucune lésion appréciable, mais le cerveau est très mou, d'une consistance diffluente.

Dans l'intérieur de la protubérance et complètement entourée par la substance cérébrale, au niveau du quatrième ventricule, se trouve une tumeur, grosse environ comme une noisette, formée par un tissu assez dense, ne donnant aucun suc au raclage, de couleur blanc jaunâtre, et enchâssée dans la protubérance comme un noyau dans un fruit. Rien à l'extérieur ne permettait de la soupçonner.

Aucune trace de tubercules ou de gommes ailleurs dans le cerveau. La moelle paraît normale à l'examen microscopique.

L'artère basilaire, les artères de l'hexagone, les sylviennes ne présentent aucune lésion appréciable.

Poumons. — Le poumon gauche est farci de tubercules. Tout le lobe inférieur et la partie postérieure du lobe supérieur présentent une consistance ferme. Le doigt ne peut pénétrer dans le tissu après la coupe. L'aspect rappelle celui du poumon atteint de broncho-pneumonie.

Quelques lobules pulmonaires offrent une coloration rosée, d'autres une coloration plus blanche, quelques-uns sont absolument violacés. Nulle part il n'y a de lobule purulent.

Au sommet existaient quelques adhérences légères qui cédèrent très facilement.

Dans le poumon droit on trouve des lésions semblables à celles du poumon gauche. Les deux tiers postérieurs du lobe supérieur sont également le siège d'une infiltration due à la broncho-pneumonie. Le parenchyme est rempli de granulations tuberculeuses. La coloration cependant est plus blanche qu'à la base.

En un point, on trouve dans le lobe supérieur un véritable tissu de sclérose.

La région postérieure du lobe moyen est infiltrée quoique

moins que les deux autres lobes. Le tissu est dur et résistant à la coupe.

La rate un peu dure, consistante ne présente rien d'appréciable en dehors de son volume énorme.

Le poids est de 60 gr. Elle avait contracté avec la paroi quelques adhérences par des brides minces et peu résistantes.

Les reins pâles, se laissent facilement décortiquer et ne présentent aucune tumeur appréciable à la vue.

Le foie pèse 440 gr. Sa surface est lisse, régulière, de consistance molle, pâteuse, l'organe conservant l'empreinte du doigt. A la coupe il est plus pâle que normalement. Le parenchyme est parsemé de nombreuses granulations tuberculeuses.

Les ganglions péribronchiques sont volumineux et la plupart renferment des noyaux caséeux ; d'autres sont simplement hypertrophiés.

Le cœur contient des caillots fibrineux. Les orifices sont sains ; le myocarde a une couleur normale.

Le testicule gauche est extrêmement dur, on y trouve un noyau caséeux blanc jaunâtre. La vaginale est épaissie et adhérente.

Des coupes des testicules examinées par M. Hutinel montrèrent dans le testicule gauche un noyau caséeux entouré d'une zone de tissu scléreux.

A la périphérie du noyau caséeux se trouvaient des cellules géantes renfermant quelques bacilles de la tuberculose (2 ou 3 par coupe).

Le testicule droit qui pendant la vie était resté dans le trajet inguinal fut trouvé absolument sain.

L'intégrité de l'un des organes pouvait être considérée comme une preuve d'une certaine valeur en faveur d'un sarcocèle plutôt tuberculeux que syphilitique de l'autre testicule, car on a remarqué que le sarcocèle syphilitique est rarement unilatéral (1).

(1) Le noyau caséux de la protubérance fut examiné par M. Morel, interne des hôpitaux, qui trouva, dans les coupes pratiquées par lui, des cellules géantes, renfermant presque toutes des bacilles.

Réflexions. — Dans cette observation, les antécédents syphilitiques sont très nets. Le père en fait l'aveu, la mère a présenté des signes non douteux de syphilis et en l'absence même de ceux-ci; deux avortements avec hydramnios, enfant mort et macéré, seraient des raisons suffisantes pour admettre qu'elle a été atteinte par l'infection. Un enfant est mort de méningite à six mois. Celle-ci était-elle tuberculeuse ? La méningite tuberculeuse est rare à cet âge, mais elle peut s'être développée sous l'influence de la tare syphilitique.

Un autre enfant bien portant actuellement, a présenté des éruptions généralisées et un coryza persistant. Le dernier qui fait l'objet de l'observation, est nettement atteint de syphilis héréditaire.

Au point de vue de la tuberculose, on peut émettre des doutes. Le père est un tousseur et aurait eu une sœur atteinte de phtisie pulmonaire ; mais on ne paraît pas, à la consultation de Beaujon, avoir trouvé de signes chez lui et nous n'en avons pas relevé à l'examen.

Notre malade a l'aspect jaune terreux des syphilitiques, il présente des déformations du crâne et du nez, du retard dans la dentition et dans la marche, des cicatrices suites d'éruptions, des rhagades aux lèvres, de la déchéance intellectuelle. Il ne parle pas et a perdu l'usage des quelques mots qu'il avait appris.

Au cou, dans les aines, dans le creux axillaire, on trouve des ganglions multiples, gros à peine comme de petites noisettes, indolents au palper, mobiles sous les téguments, roulant sous le doigt ; c'est la véritable fausse scrofule ganglionnaire de M. Fournier. Sur la

cornée existe une taie centrale, le genou droit est atteint d'une hyperostose donnant au doigt une sensation de dureté osseuse, tandis que les téguments de l'articulation sont dans un état d'absolue intégrité.

L'intégrité fonctionnelle de la jointure est conservée. Il est difficile de dire si la flexion est douloureuse, car le malade crie dès qu'on l'approche et le touche. L'un des testicules est gros, dur, indolore, l'autre inclus dans le canal inguinal paraît plus gros qu'à l'état normal et n'est pas sensible à la pression. On ne peut dire s'il est malade et on sait que dans les cas de sarcocèle syphilitique les deux testicules sont en général atteints. Il fut trouvé sain à l'autopsie. En résumé, la plupart de ces signes sont incontestablement spécifiques, les autres peuvent tenir de la scrofule, mais à côté des premiers on est en droit ce semble de les considérer comme des signes de syphilis, ce que l'hérédité tend encore à faire admettre.

Dans ces conditions l'enfant est pris tout à coup de céphalée à exacerbation vespérale lui arrachant des plaintes et des gémissements continuels. Ce n'est pas le cri hydrencéphalique, aigu, déchirant, ce sont des cris plaintifs. Au dire de la mère, il aurait eu de la fièvre au début. On ne signale pas de vomissements, mais de la constipation et peu de temps après de la paralysie alterne et la paralysie de la sixième paire. Le ventre n'est pas rétracté en bateau, le malade est apyrétique. Il reste dans le décubitus dorsal, n'a pas l'aspect maussade, ennuyé presque haineux d'un enfant atteint de méningite tuberculeuse ; les pupilles ne sont pas inégales ; le pouls et la respiration sont réguliers. La rate est très grosse ainsi que le

foie, les troubles vaso-moteurs et la raie méningitique n'existent pas.

Pas de mouvements convulsifs, au contraire les paralysies ouvrent la scène, et parmi elles la paralysie de la sixième paire, fréquente dans la syphilis, et dans le cas présent sans phénomènes basilaires, sans inégalité des pupilles, traduisant, dit M. Hutinel, « *quelque chose* de plus local qu'une méningite ».

Si maintenant nous suivons la maladie dans le cours des quatre premiers mois avant l'apparition des phénomènes pulmonaires, nous voyons les symptômes paralytiques céder avec le traitement spécifique, reparaître puis céder encore ; leur réapparition pouvant être attribuée quelquefois à la suspension momentanée du traitement. Nous voyons l'enfant, chétif, maigre, souffreteux, contracter une rougeole grave avec accidents pulmonaires intenses et guérir de cette rougeole qui retentit d'habitude d'une façon si grave sur la tuberculose, nous le voyons deux mois après cette rougeole résister à une broncho-pneumonie double, se remettre de cette nouvelle attaque, reprendre pendant deux mois de l'appétit et des forces et conserver une température normale pendant que les signes de paralysie faciale et du moteur oculaire externe disparaissaient presque complètement et que les contractures devenaient moins marquées.

De pareils antécédents, de pareils symptômes n'autorisaient-ils pas le diagnostic de tumeur probablement syphilitique de l'encéphale ?

L'adénopathie trachéo-bronchique qui provoquait un souffle à la racine des bronches pouvait faire naître des

doutes et faire penser à la tuberculose, mais la syphilis pouvait avoir hypertrophié ces ganglions bronchiques, comme elle avait pu hypertrophier les autres. La broncho-pneumonie même pouvait être de nature syphilitique. On en a cité des cas. Dubousquet-Laborderie et Gaucher ont publié une observation de phtisie syphilitique chez un enfant de huit ans avec matité au sommet, souffle caverneux, gargouillement dans la fosse sus-épineuse, gros râles sous-crépitants disséminés en avant et en arrière dans toute la hauteur et des deux côtés de la poitrine. Des altérations dentaires, l'interrogatoire des parents firent penser à la syphilis. L'enfant fut traité en conséquence et guérit au bout de deux mois environ. Dix mois après, la guérison ne s'était pas démentie.

M. Fournier relate cette observation et en cite d'autres, personnelles ou dues à d'autres auteurs dont quelques-unes avec autopsie et se rapportant à des pneumopathies spécifiques dues à la syphilis héréditaire. Cependant l'hypothèse ici devenait moins probable, car bien que l'état général se fût amélioré après la seconde atteinte, les râles persistèrent dans les deux poumons jusqu'à la fin de la vie.

Dans la leçon clinique que fit M. Hutinel et au cours de laquelle il exposa les motifs qui militaient ici en faveur de lésions syphilitiques, diagnostic qui semblait pour ainsi dire s'imposer avant l'apparition des signes pulmonaires, M. Hutinel, nous l'avons dit, exprima certaines réserves basées sur la rareté de la méningite syphilitique, les antécédents tuberculeux possibles chez le père, la diarrhée fréquente presque continue chez le malade après

la constipation des premiers jours, l'adénopathie trachéo-bronchique, et ce fait qu'un tubercule cérébral pouvait déterminer des symptômes tels que ceux qui ont été constatés, en déterminant des poussées congestives sur lesquelles l'iodure de potassium pouvait avoir eu une heureuse influence.

Le développement des lésions pulmonaires permit bientôt de devenir plus affirmatif au sujet de la nature probable des lésions encéphaliques et l'autopsie vint nous prouver que, malgré toutes les bonnes raisons que l'on pouvait avoir d'admettre la syphilis, en tant que cause des accidents cérébraux, il fallait, même dans les cas les plus favorables en apparence à cette hypothèse, réserver toujours le diagnostic au point de vue de la tuberculose possible.

Dans l'observation due à Dreyfous et que nous reproduisons avec les réflexions très intéressantes qu'elle a inspirées à l'auteur nous trouvons des points communs nombreux avec notre observation II, au point de vue des symptômes et de la marche, mais, au contraire de ce qui a lieu dans l'observation précédente, nous ne trouvons pas d'antécédents héréditaires ni syphilitiques, ni tuberculeux. D'après les signes constatés chez le malade le diagnostic ne pouvait être autre que celui qui a été porté ; c'est-à-dire celui de méningite tuberculeuse, et cependant à l'autopsie, on ne trouve pas trace de tubercules. C'est l'épaississement des méninges qui constitue la lésion principale, si bien que Dreyfous conclut presque sûrement à des lésions syphilitiques héréditaires ayant amené des accidents méningitiques.

Quels signes rapprochent cette observation de la précédente ?

1° La durée insolite des accidents quoique bien moins longue que dans notre observation (7 semaines au lieu de 5 mois).

2° Les rémissions fréquentes et longues.

3° L'absence de ralentissement du pouls et d'irrégularités de la respiration.

4° La céphalée, les cris plaintifs au lieu du cri hydrencéphalique, l'hyperesthésie, la raideur du cou et plus tard la rotation de la tête, le strabisme convergent d'un côté, les modifications de l'humeur et du caractère ; des contractures généralisées vers la fin.

5° La constipation et quelques vomissements peu fréquents, n'ayant pas le caractère de ceux de la méningite tuberculeuse.

6° L'amaigrissement.

D'autres symptômes n'existaient pas chez notre second malade et se rencontrent ici :

Ce sont : la fièvre (notre malade n'en a présenté qu'au moment des complications intercurrentes qui suffisaient à l'expliquer) ; la toux au début ; les troubles vaso-moteurs de la face et la raie méningitique ; le décubitus latéral en chien de fusil ; la dépression du ventre ; le nystagmus, la déviation conjuguée des yeux ; les tremblements épileptoïdes du membre supérieur, etc. Ajoutons que le traitement par l'iodure de potassium n'eut pas d'influence bien sensible.

Les convulsions n'apparurent qu'à la période terminale

et la déchéance intellectuelle n'est pas notée comme chez nos malades.

En somme, il existe dans cette série de symptômes des raisons qui devraient faire pencher beaucoup plus vers la méningite tuberculeuse (sans tenir compte même des antécédents) que vers la méningite syphilitique et l'autopsie montra des lésions rappelant celles que produit la vérole dans l'encéphale.

C'est pour ainsi dire l'opposé de ce que nous avons vu tout à l'heure.

OBSERVATION III. — *De la méningite chronique chez les enfants. Ses rapports avec la syphilis héréditaire tardive*, par le Dr FERDINAND DREYFOUS. *Rev. des maladies de l'enfance*, 1883.

Aug... Félix, entre le 6 juin 1878 à l'hôpital Sainte-Eugénie, service de M. le Dr J. Bergeron.

Cet enfant, depuis six mois qu'il est à Paris, n'a jamais été bien portant. Il y a huit jours, céphalalgie, fièvre, toux peu fréquente, inappétence ; pas de diarrhée ni de vomissements. Au dire de sa mère, il se produirait des rougeurs subites de la face alternant avec sa pâleur habituelle.

Le caractère est changé, il a perdu tout entrain. L'enfant se plaint surtout de la tête. Le cou est raide, renversé en arrière, et le redressement provoque de la douleur.

Parents bien portants ; trois autres enfants en bonne santé.

État actuel. — Le jour de l'entrée : T. 39°,8; P. 120 ; R. 40. Décubitus latéral gauche. Pâleur du visage sans amaigrissement notable. Langue blanche, ventre normal.

L'examen des organes intra-thoraciques est négatif, bien que l'enfant ait par moments une respiration fréquente et gênée.

7 juin. La nuit, agitation sans cris, le matin, R. 28, P. 138. Hyperesthésie, les moindres attouchements provoquent des cris.

Rien à noter du côté du cœur et des poumons. Raideur du cou très manifeste. Mâchonnement presque continuel.

Ventre normal. Pas de selles depuis l'entrée. Traitement : calomel 0 gr. 30 en trois prises (arrêter si les deux premières ont amené des selles répétées). Limonade, eau laiteuse.

Le 8. Évacuations copieuses. Ce matin, sourcil froncé. P. 140, régulier ; R. 36 à type expiratoire. Ventre plat.

Le 9. Nuit agitée. Ce matin, il est assis sur son lit, et a la physionomie moins grimaude. P. 100 ; R. 36. Selles diarrhéiques.

Le 10. Hier soir, 40°,4. L'enfant, encore aujourd'hui, est assis sur son lit et souriant. Raideur du cou. Langue rose et humide. Ventre déprimé. Motilité intacte. Sensibilité conservée, presque normale. Cependant le testicule droit remonte plus lentement que le gauche, en appliquant un doigt sur la face interne de la cuisse correspondante.

La raie dite méningitique se produit rapidement. Soir, P. 124, R. 36.

Le 12. La physionomie est moins grimaude. Cependant il pâlit, maigrit, pousse des cris plaintifs et prolongés, surtout la nuit. Raideur du cou. Iodure de potassium, 1 gr.

Le 13. P. 120. Décubitus latéral droit en chien de fusil.

Le 14. P. 120 ; R. 20. Même aspect sérieux. La diarrhée persiste. Mâchonnement ; cris plaintifs de temps à autre.

Soir. R. 36; P. 144.

Le 15. Même état. R. 30 ; P. 132.

Soir, R. 28; P. 140.

Le 16. Dépression du ventre plus marquée. R. 28, P. 140,

Le 21. L'habitus est tout différent de ce qu'il était les jours précédents. Il s'intéresse à ses jouets et tourne la tête avec facilité. P. 120. R. 24.

Le 22. Retour à l'ancienne allure. Iodure de potassium, 2 gr.

Le 24. Raideur du cou. Décubitus latéral droit. Pas de signes d'iodisme.

Soir, Meilleur aspect, moins de raideur.

Les 26-29. Statu quo. Rougeurs subites du visage. Calomel, 15 centigr.

Le 30. Le ventre se déprime.

1er juillet. Vomissements verdâtres deux fois répétés le matin. P. 152; R. 32; irrégulière.

Le 6. Strabisme droit convergent. Respiration inégale, suspirieuse. Sensibilité réflexe intacte. Mâchonnement.

Le soir. Face pâle, sans expression. Par moments des oscillations transversales, lentes et symétriques des yeux. L'enfant répond encore.

Le 7. P. 100, régulier, R. 26; par moments, quelques soupirs. La face est sans expression, pâle, le regard vague. Pas de strabisme. Soir. P. 100; R. 24; T. 37°,4.

Le 8. Soir. Changement vraiment surprenant. Le visage a repris son expression; l'enfant répond à nos questions.

Le 9. La connaissance est moins parfaite qu'hier.

Le 10. Physionomie calme, expressive : le regard est intelligent. Moins de raideur du cou. Lavement purgatif.

Le 11. Température normale. Visage reposé et esprit présent, mais le pouls et la respiration sont irréguliers. P. 126; R. 36. Ventre rétracté. La paroi abdominale est ridée.

Soir. L'enfant joue et rit de toutes ses forces.

Le 12. La période de sédation se prolonge. le matin encore il est gai. On continue l'iodure de potassium.

Le 13. Intelligence parfaite. Dans la journée un vomissement.

Le 14. Il demande à manger.

Le 16. La physionomie est redevenue sérieuse, le sourcil froncé, il répond à peine à nos questions.

Le soir il est plus gai.

Le 17. Il est redevenu aussi grimaud que dans les plus mauvais jours. P. 124, R. 24. Il crie sans larmes et a repris le décu-

bitus latéral. La peau de la paroi abdominale est flasque et plissée. Une selle liquide la nuit.

Le 18. Gémissements dans la journée.

Le 19. Parole un peu embarrassée, il est grognon, peut à peine se tenir assis et retombe à droite ou à gauche. Par moments, strabisme convergent droit.

Le 20. Il perd ses forces de plus en plus.

Le 21. Depuis hier, la température remonte, l'enfant a vomi et a repris son allure sévère. Nystagmus. La face a perdu toute expression. L'enfant n'a pas reconnu sa mère dans la journée. R. 24, P. 120 ; T. 38°,7.

Le 22. Regard fixe, strabisme. P. 128 et élévation de la courbe thermique. La sensibilité à la douleur persiste ; mais les mouvements sont lents. Le frottement de la cuisse ne détermine de soulèvement du testicule que du côté gauche. La tête est inclinée ; la face regarde à droite. Respirations inégales, suspirieuses.

Le 23, matin. A cinq heures l'enfant a été pris à deux reprises de contracture généralisée des membres. Et au moment de la visite, il a en effet des convulsions toniques des quatre membres. Les mains sont fortement fléchies sur l'avant-bras, le pouce en adduction forcée. Rotation de la tête à droite et déviation conjuguée des yeux du même côté.

Les attaques convulsives se répètent à quelques secondes d'intervalle. Elles sont ramenées par le moindre frottement des téguments. Elles s'accompagnent de tremblements du membre supérieur gauche.

Cyanose ; facies cadavérique ; pupilles très dilatées. Vue abolie. Mâchonnement. Pas de raideur du cou ni du rachis ; pas de tremblement des membres inférieurs. P. 180, R. 56. Au moment de la mort la température prise avec le thermomètre habituel marque 43°,4. A la fin de la visite l'enfant avait succombé.

Autopsie faite le lendemain de la mort.

Cavité thoracique. — La plèvre est épaissie, opaque. Poumons sains ; pas de tubercules. Cœur : aucune autre lésion qu'un léger épaississement de la mitrale.

Cavité abdominale. — Aspect opaque et grisâtre du péritoine à la surface de la rate et du foie qui ne présentent rien d'anormal.

Intestin. — Injection de la muqueuse surtout au niveau du côlon. Les ganglions mésentériques sont à peine tuméfiés.

Estomac. — Quelques arborisations vasculaires à la surface de la muqueuse.

Rachis. — La moelle épinière a sa consistance normale et n'offre sur les coupes fraîches aucune altération appréciable à l'œil nu.

Crâne. — Le cerveau a sa consistance normale.

Convexité. — Aspect opaque et comme fibreux de l'arachnoïde et de la pie-mère à partir de la scissure de Rolando des deux hémisphères. A droite, il existe, outre l'épaississement des méninges, un certain degré de dilatation des vaisseaux.

Rien à noter pour la dure-mère.

Base. — D'une façon générale, la consistance est normale. Mais il faut noter l'épaississement des méninges et surtout de l'arachnoïde, principalement au niveau du confluent central. Là se voient des tractus blanchâtres fibroïdes au-dessous desquels on peut apercevoir le liquide clair de l'espace arachnoïdien.

Même épaississement au niveau du chiasma.

Sur la scissure de Sylvius des deux côtés, aspect blanchâtre de l'arachnoïde qui se prolonge jusqu'à la bifurcation de cette scissure. Quand on coupe l'arachnoïde qui seule est épaissie, on écarte très facilement les lèvres de la scissure de Sylvius.

Les mailles du tissu sous-arachnoïdien sont un peu infiltrées.

Même épaississement de l'arachnoïde et infiltration du tissu cellulaire le long des pédoncules cérébraux et cérébelleux, le long de l'artère cérébrale postérieure.

L'infiltration est plus marquée à droite.

Liquide clair, abondant dans les ventricules latéraux.

Pas de ramollissement du trigone. L'épendyme des ventricules latéraux est épaissi, et même il peut s'enlever facilement et isolément par grands fragments.

Les ventricules sont dilatés. A la coupe des hémisphères on ne constate qu'un piqueté congestif qui se voit aussi sur les coupes du cervelet.

Les artères cérébrales ne sont pas oblitérées, leurs parois ne sont nullement épaissies.

L'épendyme du 4e ventricule est épaissi ; sa consistance est presque cartilagineuse au niveau de la lame qui ferme en bas le 4e ventricule.

Rien de notable à la section du bulbe ni de la protubérance. Dreyfous résume en six lignes cette observation et nous apprend que le diagnostic porté pendant la vie était celui de méningite tuberculeuse. C'est avec étonnement que l'on trouva à l'autopsie les lésions signalées plus haut.

Il ne s'agissait donc pas d'une méningite tuberculeuse, dit l'auteur, dans les commentaires qui suivent, mais d'une méningite chronique simple qui présenta certaines particularités cliniques :

1° Sa longue durée ;

2° Les longues et fréquentes rémissions ;

3° L'absence du ralentissement du pouls et de la respiration.

« Signalons en passant, continue Dreyfous, la marche irrégulière de la température, et son élévation terminale si remarquable, 43°,4. Ce chiffre thermique a déjà été constaté à la fin d'autres maladies du système nerveux. C'est aujourd'hui un fait bien établi depuis les recherches du professeur Charcot.

Peut-être aurions-nous dû ajouter qu'un certain nombre de symptômes habituels (inégalité pupillaire, vomissements) faisaient défaut, et que des symptômes anormaux tels que la diarrhée existaient chez notre malade. Mais on sait que la méningite tuberculeuse est une affection « polymorphe » par

excellence et que ses variétés cliniques sont presque innombrables.

Nous ne pouvons donc pas, sur des caractères aussi inconstants, fonder un diagnostic différentiel ».

Suit un historique de la méningite chronique simple des enfants dans lequel l'auteur établit que cette maladie est à peine signalée, qu'elle est peu connue, puis qu'on n'en trouve nulle part de description et qu'aucun auteur de pathologie infantile n'indique les caractères permettant de la séparer de la méningite tuberculeuse.

Ne pouvant invoquer ni traumatisme, ni sclérose du système artériel, il se demande si la syphilis héréditaire ne pourrait pas être incriminée et si plus tard un cas semblable ne pourrait pas être rangé parmi les manifestations méningées de la vérole. Il regrette de n'avoir pas examiné à ce point de vue les testicules, les dents, les os de son malade, mais la raison de cette omission, c'est que les travaux de Parrot, de Besnier, de Fournier, de Roger étaient ignorés de la plupart des cliniciens.

S'appuyant sur les exemples de méningite syphilitique et les lésions anatomo-pathologiques citées par MM. Vidal, Hérard, Leudet, Brouardel, Blachez et Luys, Lancereaux, Richet qui ont trouvé l'épaississement des méninges à l'autopsie, il se demande s'il n'est pas en droit de conclure de l'identité de lésions à l'identité d'origine.

Nous citons textuellement les lignes qui suivent et qui expriment trop bien notre propre pensée pour que nous résistions au plaisir de les transcrire.

« L'avenir nous apprendra si des cas comme celui-là sont absolument exceptionnels. Il nous a paru utile de le consigner ici comme un fait *d'attente*, si l'on peut ainsi s'exprimer, qui a besoin, pour avoir toute sa valeur, que d'autres observations semblables viennent le confirmer.

N'est-il pas permis de remarquer que les faits de guérison de la méningite tuberculeuse publiés par les auteurs sont dus le plus souvent à l'administration empirique de l'iodure de potas-

sium. On peut se demander si cette médication, employée à haute dose, seule ou associée au mercure ne serait pas suivie chez l'enfant du même succès que l'iodure prescrit par M. Richet à un syphilitique adulte.

En résumé et pour conclure, il y a lieu, croyons-nous, de faire dans les hôpitaux d'enfants une enquête générale relativement aux méningites, comme on l'a fait à l'hôpital Saint-Louis relativement aux manifestations cutanées et muqueuses de la scrofule. Cette enquête pourra aboutir, non seulement à l'affirmation d'un fait scientifique important, mais à un résultat pratique non moins intéressant.

Elle permettrait, en effet, d'établir la coïncidence de la syphilis héréditaire et de la méningite comme dans notre deuxième observation. Et si cette coïncidence est fréquente, au lieu d'y voir une rencontre de hasard, il sera possible de songer à un rapport de cause à effet et de penser qu'il existe chez l'enfant une méningite syphilitique, justiciable du traitement antisyphilitique.

Pour les cas où la tuberculose n'est pas douteuse, mais où la syphilis héréditaire ne le serait pas moins, ne peut-on pas admettre que la syphilis crée un terrain propice, nous pourrions dire un milieu de culture favorable, au développement des bacilles ? Là, aussi, un traitement de la syphilis, fait à temps, en modifiant heureusement le terrain, aurait pu prévenir l'éclosion d'une maladie qui reste encore aujourd'hui au-dessus des ressources de l'art. Mais à côté de la méningite tuberculeuse, il faudrait faire une place à part à la méningite chronique simple des enfants qui rentrerait dans le cadre de la syphilis héréditaire tardive et qui pourrait être curable à la condition de « frapper juste et fort ».

Observation IV

Voici la deuxième observation à laquelle Dreyfous fait allusion dans son travail. Elle en fait partie, nous la

reproduisons textuellement en la publiant à part pour plus de facilité.

« Nous avons eu l'occasion tout récemment d'observer, dans le service de notre cher maître, M. Cadet de Gassicourt, un enfant âgé de 2 ans, atteint de méningite et chez lequel on devait soupçonner la syphilis héréditaire. Comme il arrive trop souvent, les renseignements qu'on peut obtenir des parents sont insignifiants. Dès son entrée au service, le jeune Guillon a la respiration suspirieuse et irrégulière ; elle s'arrête par instant. Le pouls est ralenti (60), la raideur de la nuque empêche le redressement de la tête, le ventre est plat, des rougeurs subites de la face se produisent incessamment. Le lendemain, 20 septembre, hémiplégie gauche des membres et de la face ; pouls irrégulier, intermittent. Le 21 septembre, mâchonnement, pouls intermittent. Le 28, la paralysie diminue, les phénomènes cérébraux s'aggravent. Or, chez ce petit malade, trois symptômes pouvaient faire soupçonner la syphilis : l'enfant portait à la peau de la région lombo-fessière les cicatrices blanchâtres auxquelles le regretté professeur Parrot attribuait une extrême valeur. De plus, le testicule gauche était notablement atrophié. Enfin les dents, particulièrement les incisives, étaient profondément altérées, la pulpe était presque mise à nu ; une large portion de la couronne des dents était comme rongée et d'un gris jaunâtre. En un mot, c'étaient des érosions en nappe, suivant l'expression de M. Fournier. Il faut ajouter que le traitement antisyphilitique mixte que j'instituai à partir du 21 septembre resta sans effet. Le 28, les parents emmenèrent l'enfant préférant le voir mourir chez eux. Nous n'avons donc pu vérifier à l'autopsie le diagnostic posé pendant la vie. Et quant à l'inefficacité de la thérapeutique, elle ne peut, pas être regardée comme un argument décisif à lui opposer, le sujet étant arrivé à l'hôpital à une époque trop avancée de la maladie.

L'observation est trop incomplète pour qu'on puisse en tirer des conclusions. L'enfant est entré à l'hôpital quelques jours avant la fin de la maladie. On peut dire que le ralentissement du pouls, les irrégularités de la respiration, l'aplatissement du ventre, les rougeurs subites de la face font penser à une méningite tuberculeuse malgré les antécédents plutôt qu'à une lésion syphilitique de l'encéphale; mais nous concluons, d'après ce que nous apprennent les deux observations qui précédent celle-ci, que nous n'avons dans ce cas aucun élément d'appréciation réellement suffisant.

Observation V. Relevée dans l'ouvrage de M. le professeur Fournier : *Syphilis héréditaire tardive.*

Ce fait est emprunté à M. le Dr Barthélemy.

« En voici le sommaire très succinct; c'est un beau spécimen de méningite hérédo-syphilitique prise pour une méningite tuberculeuse et guérie par l'iodure de potassium.

Enfant de constitution moyenne. A l'âge de trois ans et demi, invasion brusque des accidents suivants : inappétence, constipation, vomissements, photophobie singulière, agitation, insomnie, puis accès éclamptiques nombreux. Céphalalgie intense. Troubles intellectuels. Puis perte absolue de connaissance. Contractures. Opisthotonos. Yeux convulsés et rétractés supérieurement « au point qu'on n'apercevait plus du tout la cornée ». Convulsions nouvelles. Cris hydrencéphaliques. Décubitus spécial, c'est-à-dire petite malade pelotonnée sur elle-même, recroquevillée « en chien de fusil ». Coma absolu, etc., etc...

« Quatre semaines après l'invasion de la maladie, l'enfant était dans un état tellement désespéré que les deux médecins traitants annoncèrent officiellement à la famille le diagnostic de méningite tuberculeuse et lui firent prévoir l'imminence pro-

chaine d'un dénouement fatal. Toutefois, ne voulant pas se résigner, les parents mandèrent un troisième médecin, qui porta le même diagnostic que ses confrères et, par acquit de conscience, prescrivit l'iodure de potassium. L'administration de ce remède fut le signal d'un amendement immédiat dans la situation. Tous les symptômes furent modifiés en quelques jours. Bref, à dater du jour où l'iodure fut prescrit, une amélioration surprenante, qu'on peut à juste titre qualifier d'inespérée, s'attesta par le retour de la connaissance, la disparition des contractures, l'atténuation des autres troubles morbides, etc. Trois semaines plus tard, la convalescence était établie. Guérison complète au delà. »

Voilà donc, en résumé, une affection cérébrale des plus graves qui fut prise par trois médecins pour une méningite tuberculeuse et qui fut guérie, contre toute attente, par l'administration du traitement antisyphilitique.

Or, en l'espèce, la spécificité de cette affection cérébrale ne ressort pas seulement de l'heureux résultat de la médication spécifique. Elle a son témoignage dans les événements qui succédèrent et dans l'enquête qui fut ultérieurement instituée sur les ascendants, comme on va le voir.

L'enfant, qui était absolument rétablie, fut prise, vers l'âge de dix ans, d'une ophtalmie rebelle affectant l'œil droit. Appelés à traiter cette ophtalmie, MM. les D[rs] Barthélemy et Parinaud y reconnurent un type de l'affection dite kératite d'Hutchinson ou kératite hérédo-syphilitique. En conséquence, ils dirigèrent leurs recherches diagnostiques en ce sens, et bientôt leurs soupçons furent changés en certitude par les diverses considérations suivantes :

1° Arrêt du développement général. Petitesse de la taille; gracilité des formes, etc. « On donnerait à peine six ans à l'enfant qui en a dix. »

2° Retard du développement fonctionnel. L'enfant n'a commencé à ébaucher ses premières paroles qu'à deux ans ; elle

n'a, de plus, commencé à marcher qu'à vingt-sept ou vingt-huit mois.

3° Antécédents de surdité. L'enfant est restée à peu près sourde d'une oreille pendant deux ans. Aujourd'hui elle conserve un certain degré de cophose de cette oreille.

4° Malformations dentaires de divers types, à savoir : encoche semi-lunaire des incisives médianes supérieures ; érosions ; amorphisme de plusieurs dents, qui ont perdu les caractères de leur espèce propre ; microdontisme ; irrégularités d'implantation, avec écarts excessifs entre certaines dents ; vulnérabilité générale du système dentaire, se traduisant par de nombreuses caries précoces, etc.

5° Développement récent, sur une joue, d'une dermatose tuberculeuse, qui paraît bien être de nature spécifique.

Enfin, la mère de l'enfant, pressée de questions et réduite à l'aveu par l'évidence, finit par confesser ce qu'elle avait dissimulé ou tout au moins tenu secret jusqu'alors, à savoir qu'elle avait contracté, avant son mariage, une affection syphilitique qui s'était attestée par de nombreux symptômes et qui n'avait été traitée que pendant quelques mois.

Rien ne manque donc, on le voit, à cette observation comme garanties d'absolue authencité.

Réflexions. — Les symptômes dans cette observation sont bien ceux d'une méningite tuberculeuse. Les cris hydrencéphaliques considérés comme tout à fait exceptionnels dans la méningite syphilitique sont même signalés. Le diagnostic d'après les symptômes était impossible mais il est difficile, vu l'influence si rapide, si immédiate du traitement, la guérison complète qui s'est maintenue pendant sept ans sans accidents, de douter de la nature syphilitique des lésions; que l'enquête sur les antécédents héréditaires rend encore plus probable. La persistance

de la guérison pendant longtemps est ici le seul élément à peu près certain de diagnostic, car si l'on ne peut plus nier dans la méningite tuberculeuse des rémissions d'une certaine durée, il est tout à fait exceptionnel que la guérison puisse persister pendant une période aussi longue.

Dans l'observation VI on verra que le diagnostic ne devient certain qu'au moment où l'on peut constater le maintien d'une guérison relative après la disparition des phénomènes graves d'encéphalo-méningite. La déchéance intellectuelle profonde qui est notée dans ce cas est pour ainsi dire caractéristique de la syphilis. Mais ici encore le diagnostic était impossible, pendant la durée des symptômes d'encéphalo-méningite, entre la syphilis et la tuberculose.

Observation VI. — Recueillie dans : *Syphilis et Mariage*, de M. le professeur Fournier.

Un enfant naît d'un père et d'une mère syphilitiques, qui déjà avaient engendré deux enfants syphilitiques, tous deux rapidement frappés de mort. D'abord il ne se développe pas physiquement ; sa croissance ne se fait pas, si bien qu'à douze ans vous l'auriez pris pour un enfant de six ans tout au plus.

Vers sa treizième année, il devient inintelligent, obtus, comme abruti ; il désapprend le peu qu'il savait, il perd la mémoire, il a peine à trouver les mots pour parler, il tombe dans une sorte de torpeur. Puis éclate une crise aiguë d'encéphalo-méningite : vomissements, constipation rebelle, strabisme, délire, convulsions partielles, tremblements, accès épileptiformes alternant avec de longs stades de résolution et de coma, paralysies, contractures, etc., etc... Bien qu'administrée très tardivement, la médication spécifique (iodure de potassium

et frictions mercurielles) dissipe tout cet ensemble morbide avec une rapidité significative. Mais l'intelligence ne se rétablit pas. Loin de là, elle reste abolie, éteinte, anéantie dans toute la force du mot ; si bien que l'enfant n'est plus aujourd'hui, et cela d'une façon définitive, qu'un véritable idiot.

Observation VII. — Recueillie dans : *Syphilis et Mariage*, de M. le professseur Fournier.

Au moment où je relis les épreuves de ce volume, le hasard me fournit un nouvel et déplorable exemple de cette influence héréditaire de la syphilis sur la production des méningites.

Un de nos plus distingués confrères de province vient me rendre une visite amicale. La conversation tombe sur un de nos amis communs, médecin comme nous. « Vous vous souvenez bien, me dit mon confrère, de ce pauvre X..., que nous avons traité l'un et l'autre pour une syphilis grave, persistante. Eh bien, il vient de perdre son troisième enfant, qui a succombé, *comme les deux premiers*, à une méningite... Il ne met pas en doute, pas plus que moi du reste, que ces méningites qui emportent tous ses enfants, ne soient des conséquences éloignées de son ancienne diathèse... D'ailleurs, ajoute mon confrère, je crois fermement, pour ma part, à l'influence héréditaire de la syphilis, comme cause de méningite chez les enfants. J'en ai vu trop de cas dans ma pratique pour ne pas être édifié à ce sujet. »

Observation VIII. — *Observation de méningite guérie par les frictions mercurielles*. Recueillie dans le *Dictionnaire en 30 volumes*, à l'article Méningite (Guersant, 1839).

Un jeune garçon de 13 ans, très intelligent et actif, avait depuis dix mois, sans causes connues, perdu progressivement toutes ses facultés physiques et morales, et était tombé dans une sorte de somnolence et d'apathie, quand il fut pris tout à

coup d'étourdissements et de paralysie incomplète du côté gauche. A ces premiers symptômes se joignirent successivement de la céphalalgie, des vomissements, des mouvements convulsifs,du strabisme, du coma, de l'aphonie, la perte complète de l'intelligence, et la contracture des membres pectoraux. Il avait reçu depuis dix jours les soins éclairés de notre confrère M. Lecou, qui avait employé des moyens actifs, des saignées générales et locales, des révulsifs énergiques à la peau et sur l'intestin. Lorsque je fus appelé en consultation, je portai le plus fâcheux pronostic, pensant d'après les antécédents, que cette méningo-encéphalite aiguë était entée sur une encéphalite chronique, et peut-être même sur une altération organique quelconque. Néanmoins, à notre grand étonnement, les frictions mercurielles poussées à très hautes doses, jusqu'à la salivation, et l'action énergique d'un large séton à la nuque, ont dans l'espace de huit à dix jours, déterminé une amélioration rapide et progressive.

Le malade a guéri complètement, et retrouvé toutes les facultés physiques et morales dont il jouissait avant la maladie. Ce fait et quelques autres analogues qu'on pourrait citer, prouve qu'il ne faut jamais désespérer des cas de méningo-encéphalite les plus graves, et peut-être même dans les cas où on aurait lieu de soupçonner quelque altération organique.

Réflexions. — S'est-il agi dans ce cas d'accidents dus à la syphilis héréditaire ?

Cette déchéance progressive des facultés physiques et morales précédant l'invasion des symptômes de dix mois, et la guérison par les frictions mercurielles tendraient assez à faire croire à une encéphalopathie d'origine syphilitique.

La malade qui fait l'objet de l'observation IX a été atteinte à la suite de rougeole d'accidents graves d'encé-

phalo-méningite qui durèrent environ deux mois. Sous l'influence du mercure et de l'iodure de potassium, les symptômes s'amendèrent, les troubles de la vue, de l'ouïe, de l'intelligence disparurent, mais l'enfant resta aphasique.

Les antécédents ne sont pas relevés. Il est impossible de dire si les lésions étaient de nature tuberculeuse ou syphilitique.

Il y a bien : une coloration particulière des téguments qui n'existe pas généralement chez les scrofuleux et rappelle plutôt la coloration de la peau des petits syphilitiques ; nous notons aussi l'absence de cris hydrencéphaliques et de rétraction du ventre, mais ces irrégularités ne sont pas le propre de la méningite syphilitique seule. Le doute subsiste et cette observation ne peut pas être considérée plutôt comme un exemple de syphilis cérébrale à forme méningitique, que de méningite tuberculeuse guérie par l'iodure de potassium. Les deux hypothèses nous paraissent admissibles.

OBSERVATION IX. — *Méningite probablement tuberculeuse. — Traitement par l'iodure de potassium. Guérison. Aphasie consécutive* ; par le Dr José ARMANGUÉ de Barcelone. Traduit de l'espagnol par GAYRAUD. *Gaz. hebd. des sc. méd. de Montpellier*, fév. 1883. — Résumé de l'observation.

Jeune fille de 4 ans née de parents sains. Son frère a présenté diverses manifestations de scrofulisme.

Elle était très grasse lorsqu'elle prit la rougeole, pendant la petite épidémie qui régna à Barcelone au commencement de l'année 1882. On ne remarqua rien de particulier dans le cours de cette maladie, si ce n'est une conjonctivite de l'œil droit, qui

dura longtemps sans se guérir et revêtit manifestement un caractère scrofuleux. Pendant la rougeole, l'enfant maigrit beaucoup et ne reprit jamais son ancien embonpoint.

Le 14 mai 1882, un mois et demi après l'éruption, attaque convulsive brusque sans prodromes ; le lendemain, attaque moins intense que la première. Quelques vomissements pendant les quatre premiers jours. L'enfant ne tarda pas à entrer dans le coma et à présenter de la fièvre, ce qui décida les parents à appeler un homœopathe.

L'état s'aggrava de telle sorte que le 25 on trouvait l'enfant dans l'état suivant :

Face cadavérique, d'une couleur fanée jaune sale, yeux enfoncés, fixes, sans vie ni éclat, large cercle livide sur les paupières et la peau voisine, physionomie sans expression ; enfin aspect sui generis difficile à expliquer, pupilles légèrement dilatées, peu sensibles à la lumière, aucune lésion macroscopique de la cornée. L'inflammation de la conjonctive de l'œil droit persiste encore L'examen ophtalmoscopique n'a pas été fait. Très grand amaigrissement, pas le moindre mouvement ; aucune lésion de la peau ; refroidissement des extrémités, temp. 39°,4. Raie méningitique ; mouvements fréquents de la tête de gauche à droite et de droite à gauche ; décubitus latéral droit. Pas de cris hydrencéphaliques, mais faibles plaintes à chaque mouvement d'inspiration.

Respiration fréquente et pénible. Pas de type de Cheyne-Stokes, pouls fréquent, faible et irrégulier, râles à grosses bulles dans la poitrine, ventre mou et non ballonné, anorexie complète.

Prescription : iodure de potassium, 2 gr. en 24 heures.

Le 26. T. 39°.

Le 27. T. 38°,6. Respiration moins pénible. Pouls un peu plus régulier.

Le 29. Elle remue un peu plus les mains et les pieds.

L'œil droit paraît guéri.

Iodure de potassium ; calomel, 2 centigr. en 20 paquets.

Le 30. Les paupières de l'œil droit sont de nouveau enflammées. Selles nombreuses diarrhéiques vertes.

2 juin. Toux fréquente, selles lientériques. On suspend le calomel.

Le 10. Pendant trois jours on a mis de la glace sur la tête sans bénéfice appréciable. Pas de fièvre, pas de toux ; pouls lent, faible, régulier. La malade a continué à prendre de l'iodure de potassium. Depuis le 9, on a ajouté du bromure de potassium et de l'extrait de quinquina à la potion.

Le 12. Iodure de potassium, 2 gr., phosphure de zinc, 1 milligr., extrait de quinquina, 0,50 centigr. Mouche de Milan derrière l'une des oreilles.

Le 22. Iodure de potassium, 1 gr. 50, teinture d'iode, 2 gouttes, fer Bravais, 6 gouttes.

4 juillet. Aspect bon, ne tousse pas, pleure peu, selles normales, mange beaucoup, entend et voit assez bien, mais ne parle pas.

Le 6. T. 37°,2. Même état.

Le 12. On suspend l'iodure.

Le 27. L'enfant court dans la maison avec agilité, elle a repris son embonpoint, elle n'a plus de mal aux paupières ; elle a recouvré complètement la vue et l'ouïe, mais a perdu la parole et l'intelligence. Prescription : solution de chlorhydro-phosphate de chaux et 1 milligr. de sublimé corrosif.

10 août. Elle prend 3 milligr. de sublimé par jour. L'intelligence revient, elle reconnaît les personnes de son entourage et appelle leurs caresses. Le langage seul est nul. Un seul terme est employé, celui de « mama » et encore est-il appliqué à tous les objets.

23 octobre. L'intelligence revient tous les jours, les mouvements sont plus réguliers, plus motivés, le regard moins vague et moins brillant. La parole seule reste limitée. L'enfant possède cinq ou six termes.

14 janvier. Les progrès de l'intelligence ont continué, le vocabulaire ne s'est augmenté que de trois ou quatre mots.

En résumé : Enfant de 4 ans ; rougeole qui provoque chez elle des manifestations scrofuleuses (blépharite) ; deux mois après, développement d'une maladie jugée être une méningite granuleuse ; usage constant de l'iodure de potassium ; guérison de la méningite, la malade restant en état de démence et d'aphasie ; enfin en dernier lieu, existence d'une aphasie qui a peu de tendance à disparaître.

OBSERVATION X (RÉSUMÉE). — *Syphilis cérébrale héréditaire. Accidents convulsifs suivis de cécité complète. Guérison par le traitement spécifique,* par le Dr KARTH, ancien interne des hôpitaux. *Rev. mens. des mal. de l'enf.*, août 1888.

En juin 1887, M. Karth est appelé auprès d'un garçon de 9 mois, élevé au sein, malade depuis 15 jours environ et présentant les phénomènes suivants : Agitation, irritabilité, fièvre, un peu de diminution du son à la percussion, respiration un peu soufflante au sommet droit en arrière.

Ces signes durent deux jours, disparaissent, et il survient de la diarrhée verte.

Les gencives sont douloureuses et l'enfant porte continuellement ses doigts à sa bouche.

Peu de jours après : raideur de la nuque, puis convulsions généralisées, mais de courte durée et légères.

On pense à des accidents de dentition, les gencives sont incisées, on prescrit des bains tièdes, et les accidents cessent.

A peu de jours de là, diarrhée et vomissements qui cèdent à l'administration de l'acide lactique, puis nouvelles convulsions avec cris rappelant les cris hydrencéphaliques. Rémission des symptômes.

Le 1er juillet l'enfant part à la campagne, la nourrice n'ayant plus de lait.

Des troubles de la vue qui avaient commencé à se manifester fin juin, s'accentuent en juillet, et le 3 août M. Karth cons-

tate que le regard est fixe, que le malade ne suit pas la lumière et ne cligne pas des yeux même à une lumière vive. Le Dr Trousseau consulté, trouve une cécité complète, liée à une atrophie papillaire commençante. Il émet l'idée qu'il pouvait y avoir eu méningite suivie de guérison et conseille à titre d'anti-méningitique, l'iodure de potassium.

Ce traitement est institué immédiatement. L'enfant prend 5 centigr. d'iodure par jour.

En l'absence de M. Karth, un confrère fait continuer le traitement et songe à la possibilité d'une syphilis héréditaire.

Le Dr Karth ouvre une enquête à son retour, et apprend que le père de l'enfant a eu douze ans auparavant une ulcération dont on retrouve les traces et qui a laissé sur le gland une cicatrice arrondie, un peu plus petite qu'une pièce de cinquante centimes et sans induration. Sur les tibias existent quelques bosselures. Dans les commémoratifs on ne note ni éruptions cutanées, ni chute des cheveux, ni maux de gorge. Marié cinq ans après l'accident primitif, cet hommé non traité a trois enfants. Les deux premiers n'ont présenté aucune lésion cutanée à la naissance et sont bien portants. La mère n'a jamais fait de fausses couches.

Le troisième enfant est bien développé et s'était toujours bien porté jusqu'à la maladie actuelle. Les frictions mercurielles sont prescrites en même temps que l'iodure de potassium est continué.

Quelques jours après, le malade cligne des yeux quand on le présente à la lumière du soleil.

3 octobre. Le regard est fixe, cependant l'enfant suit assez bien la lumière d'une bougie.

Il n'a pas maigri, mais depuis la veille il est agité et crie continuellement. Rien à l'auscultation. T. rect. 38°,5.

Le 9. M. Trousseau ayant constaté une amélioration sensible du fond de l'œil, le traitement est continué.

Les frictions sont remplacées par la liqueur de Van Swieten.

Le 26. L'enfant cherche à saisir les objets qu'on lui présente.

Peu de changements les jours suivants.

Le 21. On présente le malade à M. Cadet de Gassicourt qui adopte le diagnostic de syphilis cérébrale et conseille de continuer le traitement spécifique en donnant le sirop de Gibert à la dose d'une demi-cuillerée à café par jour dans du lait.

Avec des périodes d'interruption nécessitées par la diarrhée, le traitement est continué et l'amélioration persiste.

25 janvier 1888. L'enfant suit du regard et dans tous les sens, les objets qu'on lui présente. Il augmente de poids.

15 février. Le Dr Trousseau ne constate plus qu'un peu d'anémie papillaire et peut-être une acuité visuelle moindre à gauche qu'à droite.

7 mars. Un peu d'impatience, d'agitation et de colère, coïncidant avec une suspension de traitement d'une quinzaine de jours.

Le traitement est repris.

On arrive ainsi au 30 mai, c'est-à-dire un an environ après le début des acccidents. L'enfant a alors 20 mois. Il commence à se tenir debout et à faire quelques pas quand on le soutient. Il dit quelques mots. 2 petites molaires sont près de percer.

24 juillet. Le traitement est suspendu depuis environ deux mois. L'enfant continue néanmoins à bien aller. Il marche quand on le tient par la main. Plus aucun trouble de la vue.

Les cris perçants qui existaient au début ne se sont plus reproduits depuis longtemps.

Le traitement sera repris et continué.

A la suite de cette observation le docteur Karth fait remarquer que rien n'avait pu mettre sur la voie du diagnostic au début de la maladie.

Dans les antécédents héréditaires il n'y a rien de certain. Le père est porteur d'une cicatrice qui autorise certaines présomptions, mais il a procréé deux autres

enfants sains et cela malgré l'absence de tout traitement sérieux

Le petit malade ne présente ni dents d'Hutchinson, ni lésions osseuses, ni surdi-mutité, ni kératite. Donc aucune certitude. Le traitement seul servit de pierre de touche et permit d'établir le diagnostic qui fut confirmé par la persistance de la guérison. L'auteur discutant le diagnostic rejette les accidents nerveux causés par la dentition après l'apparition de la cécité; puis il élimine la méningite tuberculeuse, parce que l'enfant n'est pas triste, absorbé, recroquevillé en chien de fusil, fuyant la lumière, souffreteux ; parce qu'il n'a pas l'aspect haineux des enfants atteints de méningite tuberculeuse ; qu'il ne maigrit pas, prend le sein avec avidité; que le pouls et la respiration ne sont ni intermittents, ni irréguliers ; que le ventre est souple, non rétracté ; qu'il existe plutôt de la diarrhée que de la constipation, enfin que les vomissements n'ont pas eu le caractère des vomissements de la méningite. Une plaque de méningite basilaire tuberculeuse au niveau du chiasma, pouvait déterminer de la cécité, mais l'enfant à ce moment avait repris sa santé habituelle et aucun autre symptôme ne rappelait plus la méningite.

Restent les diverses tumeurs cérébrales, les gommes, la sclérose de l'encéphale. C'est ici qu'intervient l'élément non certain, mais cependant précieux fourni par l'interrogatoire du père et l'influence heureuse d'un traitement énergique et rationnel.

Une note historique sur la syphilis cérébrale héréditaire termine les réflexions très judicieuses dont le docteur

Karth fait suivre son intéressante observation et il remarque que les symptômes présentés par son malade, diffèrent par quelques points de ceux que le professeur Fournier indique chez des enfants plus âgés.

Nous n'ajouterons que quelques mots à ces réflexions. Le diagnostic de M. Karth est rendu bien probable par la persistance de la guérison sous l'influence du traitement spécifique. Revenant toutefois sur les réserves qu'il a faites lui-même au sujet des antécédents héréditaires et personnels de cet enfant nous rappelerons notre observation II où le malade, certainement hérédo-syphilitique, retardé dans son évolution par cette tare héréditaire, chétif, amaigri et présentant des phénomènes graves, vécut cinq mois porteur de lésions tuberculeuses dans l'encéphale, et cela après avoir subi dans l'intervalle la rougeole avec complications pulmonaires et une broncho-pneumonie grave. Ainsi tout en considérant comme probable le diagnostic porté par M. Karth, nous ferons nos réserves, et nous dirons qu'il est bien difficile, ici encore, de rejeter complètement l'origine tuberculeuse des phénomènes et d'affirmer leur origine syphilitique avec les seuls éléments dont on disposait.

Observation XI

Seibert, médecin du dispensaire de New-York, rapporte dans les *Jahrbucher für kinderheilkunde*, 1885, l'observation suivante d'endartérite syphilitique chez un enfant âgé de 20 mois.

Comme antécédents, la mère est âgée de 33 ans. Elle a eu deux enfants d'un premier mariage. L'un est mort au bout de

huit jours de « tuberculose aiguë », le second est une forte fillette de 5 ans 1/2. Depuis longtemps la mère est atteinte d'emphysème et est asthmatique.

Elle se remarie le 5 avril 1881. Six semaines après elle est prise de maux de gorge qui durent de trois à quatre semaines. En juin survient une éruption de taches circulaires et rosées ayant débuté par le front et s'étant répandues de là sur le corps entier. Quelques-unes de ces taches s'ulcérèrent et laissèrent des cicatrices blanchâtres que l'on retrouve sur le bras, sur le cou et sur les jambes. L'enfant vient au monde dix mois après le début des premiers accidents.

Dans les antécédents personnels de l'enfant, on trouve un abcès de la région ombilicale à six semaines, la chute des ongles des pieds et des mains à sept mois, la rougeole et la coqueluche à huit mois, un abcès du cuir chevelu et de la région scapulaire gauche à neuf mois. Première dent à huit mois ; marche à seize mois ; un peu de diarrhée à cette époque.

Le 16 janvier de l'année suivante, l'enfant, sans raison appréciable, devient maussade et agité. Cet état persiste pendant la nuit. Le lendemain matin on le trouve atteint d'hémiplégie gauche. Soigné par un médecin, l'enfant s'améliora en quelques jours et au bout de trois semaines put de nouveau marcher et recouvra l'usage de son bras. La parole fut conservée ; l'appétit, la digestion et le sommeil restèrent bons.

Le 27. L'agitation, la modification dans le caractère reparaissent, le soir l'enfant ne peut s'endormir et geint jusque vers le milieu de la nuit. A partir de ce moment la paralysie gauche reparaît accompagnée d'aphasie.

Le malade est tranquille mais veut être gardé. On l'amène à l'hôpital le 29.

État actuel. — Développement normal ; fontanelle fermée. Pas de rachitisme. Air intelligent. Au cou, deux cicatrices blanchâtres. Langue un peu saburrale. Température et pouls normaux. Membres supérieur et inférieur gauches paralysés. Pas d'anesthésie.

Le bras réagit incomplètement sous la piqûre.

La tête est portée en arrière et à gauche ; le nerf facial paraît intact. Les pupilles sont égales et réagissent normalement. Le réflexe patellaire est conservé, la faradisation donne des réactions normales. Traitement : diète, bains et iodure de potassium.

Le 31. Il y a un peu d'amélioration dans l'état des membres, mais les muscles de la région cervicale gauche sont paralysés. Urine normale.

1er février. Les extrémités, les muscles de la face sont agités de mouvements convulsifs qui font visiblement souffrir le malade. Les muscles de la nuque sont contracturés en opisthotonos ; ceux de l'œil sont indemnes. Les mouvements convulsifs augmentent jusqu'au soir, l'intelligence est conservée, il n'y a pas de vomissements. Nuit agitée.

Le 2. Légère amélioration. Les mouvements des muscles de la face persistent, ceux des extrémités sont moins marqués et moins fréquents.

Les fléchisseurs des quatre membres se contracturent, la main forme le poing. Ce phénomène est moins marqué aux membres inférieurs et moins à gauche qu'à droite. La commissure labiale droite est légèrement déviée pendant que l'enfant crie.

Les deux pupilles réagissent bien, mais la gauche est plus grande que la droite. P. 120. T. 38°,5.

Appétit modéré, langue un peu saburrale, déglutition plus facile que la veille. Urine normale. Lavement.

Du 2 au 7 février, les paralysies disparaissent progressivement. T. 37°,8. Le sommeil revient ainsi que l'appétit.

L'aphasie et l'inégalité pupillaire persistent.

Du 7 au 14 février, l'appétit redevient meilleur encore, les contractures cessent pendant le sommeil pour reparaître après le réveil. Persistance de la raideur du cou. Disparition de la paralysie faciale.

Le 17. Aspect général meilleur, dort la nuit, est calme le jour, les ganglions du cou ont diminué.

Vers la fin du mois les contractures des membres inférieurs et la raideur de la nuque ont disparu. Le bras gauche se plie et la main s'ouvre. A droite le bras est toujours contracturé.

Pendant six semaines encore on put suivre le malade ; les contractures disparurent complètement sous l'influence du traitement à l'iodure de potassium et au mercure. L'inégalité pupillaire, la paralysie faciale cédèrent. L'enfant se tenait sur ses jambes, il se servait de ses bras. Quelquefois cependant il criait la nuit sans raison apparente. L'aphasie a persisté, la figure porte une expression d'indifférence, l'intelligence est amoindrie mais l'humeur est bonne.

En avril l'enfant quitte New-York et on apprend par la mère qu'il a succombé en mai après un état somnolent prolongé et persistant. Le traitement n'avait pas été continué. Vu l'éloignement, il fut impossible de faire l'autopsie.

L'auteur après avoir rejeté successivement diverses hypothèses, telles que la paralysie infantile, l'hémorrhagie cérébrale, la périencéphalite diffuse, la tuberculose méningée conclut à une endartérite syphilitique avec thrombose des sinus.

Il élimine en particulier les tubercules parce que les contractures ont cédé trop vite, parce que les contractures bilatérales sont rares dans la tuberculose. Les convulsions n'ont pas été généralisées, la paralysie faciale survenue plusieurs jours après le début a disparu. D'après Seeligmüller, le plus habituellement dans la tuberculose, les convulsions ouvrent la scène et précèdent les contractures et les paralysies.

Réflexions. — Les conclusions de Seibert ne nous semblent pas suffisamment justifiées. L'autopsie n'ayant pas pu être faite, on ne peut admettre qu'avec de grandes

réserves son diagnostic d'endartérite syphilitique héréditaire.

L'âge du malade, l'hémiplégie du début, la paralysie faciale, l'aphasie, les contractures bilatérales, les plaintes proférées par l'enfant et l'insomnie, l'absence de phénomènes pupillaires, la raideur du cou avec rotation de la tête d'un côté, la durée de la maladie, l'influence momentanément heureuse du traitement rapprochent son observation de celle de notre second malade.

Les antécédents syphilitiques sont certains il est vrai, mais les antécédents tuberculeux sont au moins probables.

Les accidents ont duré du 16 janvier au milieu de mai, il n'y a pas eu de vomissements, de rétraction du ventre; le malade a présenté des signes de déchéance intellectuelle et de l'aphasie qui a persisté, et a finalement succombé après une période de somnolence et d'état semi-comateux. Cela est-il suffisant pour éliminer la possibilité de l'existence d'un tubercule cérébral ou d'une lésion en plaque isolée ? Les symptômes présentés par son malade rappellent ceux relevés par Dreyfous dans sa thèse et présentés par des malades atteints de tubercules de la protubérance, ou bien encore les symptômes que Chantemesse a rencontrés chez des malades qui ont présenté à l'autopsie des lésions en plaques isolées occupant l'extrémité supérieure des circonvolutions pariétales et frontales ascendantes ou les parties postérieures de la troisième frontale, etc...

Il est bien difficile d'affirmer que l'on ait eu affaire réellement à des accidents cérébraux syphilitiques.

Observation XII. — Rapportée par M. Vallin à la *Société médicale des hôpitaux* (1878) au cours d'une discussion sur la guérison de la méningite tuberculeuse.

Il s'agit d'un enfant de deux ans que l'auteur eut l'occasion d'observer à Batna, en Algérie, dans une localité non palustre et pendant l'hiver de 1872. Cet enfant avait beaucoup maigri depuis un mois, il était devenu triste et plaintif ; l'appétit était très irrégulier, l'enfant vomissait presque chaque jour, il se réveillait en sursaut pendant la nuit et gémissait ou criait pendant plusieurs heures.

On voyait se succéder rapidement, parfois à plusieurs reprises dans la même journée, des alternatives de pâleur et de froid, puis des rougeurs de la face, avec élévation de la température anale jusqu'à 39°. D'ailleurs le sulfate de quinine donné à dose relativement forte,en lavements et en injections hypodermiques, ne produisit aucun effet. Iodure de potassium, 30, puis 60 centigrammes par jour.

Ces accidents, après avoir duré quinze jours, s'apaisèrent et l'enfant semblait entrer en convalescence. Mais, dix jours plus tard, la fièvre, les vomissements reparurent et s'accompagnèrent cette fois de convulsions qui se renouvelèrent cinq fois en trois jours. L'enfant tomba dans une somnolence dont il ne sortait que pour pousser des cris incessants. Un matin, au réveil, strabisme interne très prononcé de l'œil droit, qui n'existait pas la veille. Cependant, les symptômes s'apaisèrent une deuxième fois ; l'appétit et le calme reparurent; la convalescence devint réelle, et deux mois après le début, la santé était assez bonne malgré le strabisme.

Quatre mois après cette amélioration, nouvelle crise ; un médecin appelé déclare que l'enfant est atteint de méningite. Les accidents se dissipent encore.

L'année suivante, plus de quinze mois après la première crise, l'enfant était dans un bon état de développement ; mais le stra-

bisme persistait et il s'y était joint une surdité incomplète mais évidente.

Réflexions. — La longue durée de la maladie, les rémissions, l'influence heureuse de l'iodure de potassium, les cris plaintifs plutôt que nettement hydrencéphaliques, la persistance du strabisme et de la surdité quinze mois après la disparition des accidents méningitiques font regretter qu'une enquête approfondie n'ait pas été ouverte concernant les antécédents héréditaires.

Observation XIII. — Rapportée par M. le Dr Millard à propos des méningites guéries. *Union médicale*, 1881, p. 605.

Jeune fille, âgée de 11 ans, nerveuse, n'a jamais été malade. Parents bien portants. Elle contracte la rougeole le 14 septembre 1875.

Le 19. Elle est prise d'agitations, de délire, le regard est fixe, elle pousse des cris, les muscles du visage sont agités de contractions spasmodiques. Le pouls est régulier, fort, vibrant; le ventre aplati, la langue sèche, brunâtre. Il y a des nausées, de la constipation, de la rétention d'urine, de la photophobie. La tache méningitique existe.

Le 21. La situation s'aggrave, les symptômes de méningite s'accusent malgré le calomel, le bromure de potassium, les vésicatoires, les lavements.

Jusqu'au 29, cette situation n'a pas varié. L'amaigrissement est survenu, les traits sont tirés, les yeux cerclés de noir, le regard est fixe et méchant. La malade accable son entourage d'injures grossières. Elle a du délire furieux. Le pouls oscille de 60 à 100.

On ordonne du bromure et de l'iodure de potassium.

20 octobre. Calme, ni nausées, ni vomissements, plus de cris,

mais de l'hébétude, une vision affaiblie, un rire sardonique par instants.

L'iodure de potassium est continué les jours suivants à la dose de 5 et 6 gr.

L'amélioration persiste et s'accentue progressivement, mais la malade se plaint toujours de céphalée.

Le 14. Elle a pu manger à table. L'embonpoint et les forces reviennent malgré la continuation de l'iodure de potassium.

En janvier 1876, elle est considérée comme guérie. A part quelques jours de répit, la médication iodurée a été constamment suivie et maintenue à haute dose. Elle est continuée jusqu'à nouvel ordre.

En janvier 1877, la malade va très bien, elle grandit et se développe bien. Elle a passé six mois à la campagne.

La médication iodurée a été suivie pendant une partie de l'année. En avril, la santé se maintenait parfaite.

Réflexions. — Dans ce cas on peut douter de la tuberculose que rien ne semble indiquer formellement, mais à part l'absence d'irrégularités du pouls et de la respiration, l'absence de vomissements, la persistance de la céphalée, le mal de tête qui dure et « qui sent la vérole », l'amélioration par la médication iodurée, nous n'avons pas d'éléments suffisants pour faire le diagnostic d'accidents méningitiques dus à la syphilis.

L'emploi de l'iodure de potassium dans la méningite tuberculeuse et la guérison de cette maladie par ce moyen ont fait l'objet de communications trop nombreuses pour que nous puissions songer à les reproduire ou les analyser. Le mémoire de Bourrousse de Laforre en 1861, qui considère l'iodure de potassium comme aussi efficace contre la méningite tuberculeuse que la vaccination

contre la variole, contient huit observations de guérison durable, mais le diagnostic n'est pas certain. Toutes ces méningites sont à marche irrégulière et la plupart des symptômes habituels font défaut.

En 1880 M. Blache a communiqué à la Société de médecine de Paris un cas dû à M. le Dr Cadet de Gassicourt.

Il s'agit d'un enfant de 4 ans, chétif, mal portant, quoique ayant été élevé au sein jusqu'à 12 mois et entré à l'hôpital pour de la céphalée, des vomissements, de la constipation, durant depuis quatre jours.

Comme antécédents, la mère serait morte de bronchite chronique ; deux enfants sont morts de convulsions en bas âge, le père est bien portant.

Le lendemain de l'entrée, le pouls est régulier, la respiration normale ainsi que la température. Somnolence, cris, pas de vomissements ; ventre un peu rétracté ; un peu de strabisme. L'iodure de potassium est prescrit en lavement à la dose de 0 gr. 50 centigrammes.

Le troisième jour, les signes de méningite tuberculeuse s'accentuent, mais la température reste normale.

On continue l'iodure, et l'état au lieu de s'aggraver, s'améliore les jours suivants, si bien que un mois après son entrée, le malade passe au service des chroniques. Dans l'intervalle il avait eu des périodes de rémission alternant avec des périodes d'aggravation. La température restait à 37° environ.

L'enfant allait bien, se remettait de jour en jour, recommençait à marcher, quand le 29 juillet, c'est-à-dire trois mois à peu près jour pour jour, à dater de son entrée à l'hôpital, il est pris d'attaques d'éclampsie, de céphalée intense, de vomissements, etc..

A ces attaques succède un état d'abattement.

Dans le cours du quatrième mois, il prend la coqueluche et le 27 octobre, six mois après son admission à l'hôpital, nouvelle attaque d'éclampsie avec fièvre.

Le malade meurt de diphtérie le 3 novembre.

A l'autopsie on trouva des granulations tuberculeuses dans la scissure de Sylvius ; des adhérences des méninges difficiles à rompre au niveau de l'hémisphère gauche du cervelet, du ramol lissement des deux lobes du cervelet, qui à sa partie inférieure présente une tumeur du volume d'un œuf, dont une moitié se trouve recouverte seulement par une mince couche de tissu cérébral également ramollie.

Cette tumeur est inégale, bosselée, dure, située à la partie inférieure du cervelet.

A la coupe, la tumeur, très irrégulière, est formée de deux parties distinctes : une petite, postérieure, du volume d'une noisette ; une antérieure, formée également de deux parties qui se seraient réunies. Couleur blanc jaunâtre ; à la partie inférieure, excavation, de la grandeur d'une noisette, pleine d'un liquide d'apparence purulente, qui s'écoule facilement.

Tout autour de la tumeur recouvrant la mince lame qui existe encore, les méninges sont épaisses et présentent les caractères d'une inflammation ancienne à côté de traces d'inflammation plus récentes. Rougeur et injection dans d'autres points.

Poumons : Rien que de la congestion et de l'emphysème.

Foie : Sain ; un tubercule dans le lobe droit.

Cœur : Altération légère de la valvule mitrale.

Reins : Sains.

Voici un enfant qui a vécu six mois après avoir présenté des accidents graves de méningite. L'amélioration s'est produite progressivement avec des rémissions et peut être attribuée à l'iodure de potassium. Tous les signes sont en faveur d'une méningite tuberculeuse sauf

l'absence constante de fièvre, l'absence de lenteur du pouls qui a été plutôt fréquent, irrégulier, oscillant entre 90 et 120. Les cris ne sont pas nettement hydrencéphaliques, ce sont plutôt des gémissements, le ventre a été peu rétracté, plutôt plat. Les symptômes, la longue durée, l'influence du traitement n'autorisent pas, en l'absence surtout d'antécédents connus, à mettre en cause la syphilis héréditaire, mais l'autopsie nous montre des adhérences des méninges et un épaississement déjà ancien de ces enveloppes. Une méningite tuberculeuse serait-elle venue se greffer ici sur une encéphalopathie spécifique ancienne qui expliquerait les premiers accidents ?

Avant de publier les observations résumées que nous avons pu recueillir et qui concernent des enfants nouveau-nés ou très jeunes, hérédo-syphilitiques, chez lesquels on a trouvé à l'autopsie diverses lésions de l'encéphale ou des enveloppes, nous croyons utile de rapporter les quelques faits suivants :

1° M. le Dr Martin de Gimard, chef de clinique de la Faculté, nous a communiqué le fait suivant qu'il a pu observer récemment, et il n'est pas éloigné de croire qu'il s'agissait dans ce cas d'accidents méningitiques dont la syphilis héréditaire pourrait bien être la cause :

Il s'agit d'un enfant de 9 ans. Aucun renseignement n'a pu être pris en ce qui concerne les antécédents héréditaires. Le petit malade était depuis quelque temps et sans cause appréciable sujet à des attaques d'éclampsie.

Le Dr Martin de Gimard n'ayant trouvé dans les urines aucune trace d'albumine et ne pouvant trouver de ces accès convulsifs une explication satisfaisante, s'aperçut pendant qu'il

examinait soigneusement son petit malade, que celui-ci présentait une légère exostose sur l'un des pariétaux. Il fit instituer immédiatement le traitement spécifique qui ne tarda pas à donner les meilleurs résultats. Les attaques cessèrent complètement. Quelques jours plus tard, pour des raisons particulières, le traitement fut suspendu, les attaques reprirent et l'enfant succomba.

2° L'observation du Dr *Baumann*, rapportée par M. Bouchut dans son traité pratique des maladies des nouveau-nés est celle d'un enfant de 8 ans atteint d'hydrocéphalie aiguë offrant une insensibilité absolue, de la cécité avec dilatation et immobilité de la pupille, de la surdité, de la raideur de la nuque, et de la difficulté d'avaler, un écoulement involontaire des urines et des matières fécales, du grincement des dents et, de temps à autre, des convulsions générales.

L'enfant guérit après avoir absorbé en tout 75 gr. d'iodure de potassium. A chaque interruption dans le traitement répondait une aggravation dans les symptômes.

3° Le Dr *Lepileur* rapporte qu'une femme de 29 ans vient accoucher à St-Lazare le 26 juillet 1872 d'un enfant de 8 mois. La mère présente des accidents cutanés et une ulcération spécifique du col. L'enfant ne donne aucun signe de malaise, quand il est pris, à la suite de colère vive, d'accidents nerveux caractérisés par une rougeur subite de la face, cris aigus, renversement des yeux, clignotement convulsif des paupières, contraction et tremblement des avant-bras, quelquefois opisthotonos, mais le plus souvent contraction successive des muscles du cou

et du dos, déterminant un mouvement de flexion de la tête à droite et à gauche, en même temps qu'elle tournait sur son axe.

Chaque crise durait de trois à quatre minutes et elles arrivèrent à se rapprocher tellement qu'on en comptait six à sept par heure.

L'enfant prend une cuillerée à café par jour de sirop d'iodure de potassium, la mère qui l'allaite est soumise au traitement mixte, et le 18 septembre les accidents de l'enfant cessent pour ne plus reparaître.

L'auteur conclut à une compression pathologique du cerveau causée par une exostose, par une gomme, ou simplement par un exsudat des membranes, mais très probablement par une production morbide ayant pour origine la syphilis.

4° Le fait suivant a été publié par M. le Dr Rodet (*Lyon médical* de 1878). Il s'agit d'une jeune fille de 19 ans, qui présenta de la céphalée, des vomissements, de l'insomnie, puis, vingt jours après le début de ces accidents, de la paralysie complète du bras droit, de la paralysie incomplète du bras gauche, du délire, et qui exprimait sa souffrance par des cris violents. Sous l'influence de l'administration de 3 gr. d'iodure de potassium, une amélioration sensible se manifeste. La dose d'iodure est portée à 4 gr. puis à 5 gr. Les phénomènes paralytiques s'amendent et la guérison complète survient après quelques jours de traitement continué à doses progressivement décroissantes.

5° Au cours d'une leçon clinique faite il y a environ cinq ans à l'hôpital des Enfants-Malades, le professeur

Grancher a présenté deux malades dont l'un âgé de 4 mois est manifestement syphilitique et porte sur la peau les traces de cette affection.

Sa sœur âgée de 19 mois, est une grosse fille adipeuse et présentant entre son crâne et sa figure une énorme disproportion, la figure étant beaucoup plus grosse que la tête. Cette fille est idiote, rit constamment, ne marche pas et de plus elle est strabique. Les lésions cutanées et muqueuses font défaut, il n'existe que huit ou dix cicatrices sur les fesses. L'idée de la syphilis qui aurait pu ne pas se présenter six mois auparavant vient tout de suite à l'esprit en voyant les lésions dont le frère est atteint et il est impossible de ne pas attribuer à l'affection syphilitique les phénomènes présentés par la sœur.

Le père d'ailleurs est un syphilitique de quatre ans, non traité.

Un autre cas rapporté par le professeur Grancher le même jour, a trait à une petite fille de 7 ans qui présentait sur les fesses une éruption confluente et caractéristique. En même temps elle était frappée d'hémiplégie gauche des membres, d'hémiplégie droite de la face.

L'hémiplégie n'est pas complète, l'enfant traîne la jambe. La force est diminuée dans le bras droit. Le crâne est natiforme.

Un quatrième enfant, garçon de 6 ans 1/2, est strabique, idiot et ne marche pas encore, bien que physiquement assez bien développé.

Il porte à la partie externe de la jambe gauche une

cicatrice caractéristique et deux gommes, l'une au front, l'autre sur la fesse gauche.

Nous publions ici quelques observations de syphilis cérébrale congénitale ayant déterminé des phénomènes nerveux graves chez des enfants très jeunes et suivies d'autopsie.

Observation XIV. — *Syphilis congénitale ; gommes des nerfs crâniens*, par le Dr Barlow, *Medical Times and Gazette* 1877. Analyse in *Gazette médicale* de Paris, 1877, p. 479.

Cette intéressante communication repose sur l'observation d'un enfant de quinze mois, qui avait présenté des signes équivoques de syphilis constitutionnelle. Lorsqu'on l'amena à M. Barlow, l'émaciation était extrême ; les yeux étaient déviés à gauche ; il y avait un nystagmus léger et intermittent ; les pupilles étaient égales et à l'ophtalmoscope on ne trouvait aucune lésion du fond de l'œil.

Les muscles de la face étaient légèrement atteints, en ce sens que la peau du front se fronçait moins bien à gauche qu'à droite. La joue gauche était aplatie et flasque. Des deux côtés existaient de légers mouvements fibrillaires. Il y avait de temps à autre des accès de spasme de la glotte, ainsi que des vomissements en rapport probablement avec des troubles gastro-intestinaux. Pas de convulsions générales. On diagnostiqua une tumeur de la base du cerveau, de nature probablement tuberculeuse.

A l'autopsie on ne trouva pas la trace du moindre tubercule.

Le foie renfermait quatre cicatrices ; la rate offrait un épaississement ancien de son enveloppe. Les principales lésions furent trouvées dans le cerveau, qui était atrophié dans sa totalité. Les méninges de la base étaient légèrement opaques ; plusieurs nerfs étaient le siège d'un gonflement très net et symétrique au niveau de leur origine apparente. Le microscope

y fit découvrir une destruction presque complète du cylinder axis, et tout à l'entour un tissu de nouvelle formation, parsemé çà et là de corps amylacés. Ce tissu morbide, auquel on peut donner la qualification de « gomme des nerfs », offrit à l'œil nu l'aspect des lésions nerveuses que l'on rencontre dans la lèpre anesthésique. Quant aux vaisseaux de l'encéphale, toutes les artères de la base avaient leurs tuniques épaissies, opaques, indurées, sans autre lésion appréciable. Leur calibre intérieur était irrégulièrement diminué. La tunique adventice et la musculeuse étaient altérées, mais l'endothélium était sain. Les artères de second ordre n'étaient presque pas malades.

La même année, Barlow relatait un cas analogue au précédent chez un enfant de trois mois né de père syphilitique et ayant eu plusieurs attaques convulsives et des ulcérations diverses.

A l'ophtalmoscope on trouva une choroïdite. On soupçonna une inflammation des méninges. L'enfant mourut d'épuisement.

A l'*autopsie :* Adhérences des méninges, épaississement de la pie-mère par places ; pas de granulations, pas d'épanchement séreux notable ; en un mot tous les signes d'une lésion chronique.

Gowers a trouvé la dure-mère épaissie chez un enfant hérédo-syphilitique.

En 1879, chez un enfant âgé de trois ans et demi, Barlow trouva l'artère basilaire rétrécie dans son calibre et avec des parois notablement épaissies. Le traitement ne put être institué, l'enfant ayant succombé dans le coma le lendemain de son entrée à l'hôpital.

Observation XV. — Money. Chronic syphilitic meningitis arteritis and cerebral atrophy in children. *Path. Soc. of London*, janv. 1889, Anal. in *Ann. de derm. et de syph.*, 1889.

Money observa son premier malade à l'âge de 11 mois. Il était atteint d'hydrocéphalie.

Le crâne était natiforme, la racine du nez déprimee, la rate fort développée : il y avait aussi une choroïdite disséminée. Les parents étaient syphilitiques.

L'enfant s'améliora beaucoup ; il paraissait être tout à fait bien lorsque le 18 août 1888, il survint une hémiplégie gauche, puis le 11 octobre, une hémiplégie droite et il succomba le 19 octobre, à l'âge de quatre ans.

A l'*autopsie*, on trouva le cerveau et la dure-mère adhérents dans toute leur étendue, mais ces adhérences n'étaient pas bien solides. Des artères étaient fort malades, la substance cérébrale était atrophiée et sclérosée. Cette atrophie et cette sclérose furent surtout marquées dans les régions irriguées par les artères les plus malades. La dure-mère avait quatre lignes d'épaisseur vers la région temporale et avait la structure d'un fibrome. L'épendyme avait un aspect granuleux dû à la formation de granulations composées de petits noyaux arrondis très serrés.

Dans le second cas de l'auteur, le petit malade mourut à l'âge de seize mois, de convulsions.

Le cerveau pesait quatre onces. Le crâne avait quinze pouces de circonférence et dix pouces d'une oreille à l'autre en passant par le vertex. Il ne pouvait, ni se tenir debout, ni marcher, ni s'asseoir. L'enfant était idiot.

L'hémisphère gauche était atrophié et sclérosé sans qu'il y eût des lésions des artères ou des enveloppes.

Observation XVI. — *Observations de syphilis congénitale. recueillies à l'hospice de l'Antiquaille*, service de M. Gailleton, par le Dr Mollière.

Obs. 1. — La nommée M..., arrive le 2 décembre 1869, au service de la crèche. Elle amène avec elle un petit enfant robuste, très bien constitué, qu'elle cherche à allaiter. Il est âgé de 4 mois.

Cette femme contracta la syphilis il y a deux ans en allaitant

un nourrisson pris à l'hospice de la Charité. Elle a donc conçu cet enfant depuis qu'elle est syphilitique. A sa naissance il était couvert de gonfles comparées par sa mère à des brûlures, mais l'éruption fut de peu de durée et guérit spontanément au bout d'un temps assez court. Il est actuellement très robuste et indemne de toute lésion spécifique apparente.

La mère présente actnellement une gomme de la fesse qui est profondément ulcérée ; elle est en pleine cachexie syphilitique.

Le 25 décembre survient une éruption papuleuse qui siège sur la région inférieure du tronc, les papules sont humides autour de l'anus.

Elles sontdiscrètes, rouge cuivre, mais moins volumineuses. Elles durèrent dix jours environ ; le 14 janvier, toute trace d'éruption ayant disparu et l'enfant paraissant en excellent état, il survient une fièvre intense ; l'enfant s'agite, serrant les poings avec une expression toute spéciale d'anxiété. Il meurt à trois heures du soir.

Autopsie. Les viscères thoraciques et abdominaux sont parfaitement sains. Mais à l'ouverture du crâne, on est frappé du volume considérable des vaisseaux de la pie-mère. Une sérosité extrêmement abondante remplit l'espace sous-arachnoïdien. En examinant ces vaisseaux au microscope, on voit qu'ils sont le siège d'une hyperhémie active extrêmement intense, surtout dans les deux scissures de Sylvius. Au centre, ce serait plutôt de la congestion passive. Les capillaires ont pris un aspect moniliforme irrégulier, leur diamètre est presque doublé, $0^{m},025$. Ruptures multiples, infiltration de globules sanguins dans les tissus.

Pas d'altération de la pulpe cérébrale.

Observation XVII. — *Journal de médecine de Bordeaux* déc. 1888, p. 195.

M. Négrié, professeur de clinique médicale des maladies des enfants à la faculté de médecine de Bordeaux rapporte une

observation d'hydrocéphalie syphilitique congénitale chez un enfant âgé de 6 mois et qui succomba à l'âge de 18 mois à la suite de convulsions répétées et compliquées à la fin de la vie, de coqueluche et de poussées successives de broncho-pneumonie.

L'ouverture seule du crâne a pu être faite.

On trouva : la dure-mère épaissie et contenant un nombre considérable de vaisseaux gorgés de sang. Les sinus de la dure-mère contiennent d'énormes caillots un peu organisés.

L'arachnoïde et la pie-mère sont très congestionnées.

Les ventricules du cerveau sont très dilatés et contiennent environ 250 gr. de sérosité.

Les circonvolutions sont aplaties et leur surface est ramollie, comme du reste toutes les autres parties de l'encéphale. Pas de trace de tumeur ni dans le cerveau ni dans les méninges. Pas de granulations tuberculeuses.

Les os du crâne sont très épaissis et présentent, au niveau des bosses pariétales, une épaisseur de huit millimètres.

Après avoir établi la nature parfaitement syphilitique de l'affection M. Négrié termine par les réflexions suivantes que nous reproduisons comme nous intéressant plus particulièrement :

«..... Il faut noter (ce qui, du reste, est constaté par tous les observateurs) que le traitement mercuriel, au lieu de causer des accidents dans un organisme aussi jeune, relève les forces des petits malades et fait disparaître comme par enchantement les accidents locaux, en même temps que les manifestations de l'athrepsie (émaciation, diarrhée verte, etc.) à condition cependant que la nourriture soit exclusivement constituée par le lait d'une bonne nourrice.

La façon dont mon malade a succombé me suggère aussi quelques réflexions qui peuvent avoir leur importance.

Lorsqu'on est appelé auprès d'un jeune enfant présentant les signes classiques de la méningite, malgré le souvenir de certaines méningites (rares, il est vrai) guéries par l'emploi de l'iodure de potassium à haute dose, on est tout naturellement porté à penser à la tuberculose, surtout si les parents n'ont pas eu ou n'avouent pas une vérole antérieure.

Que serait-il arrivé à moi-même ou à un autre médecin appelé à soigner mon malade sans avoir assisté au début de son existence ? Nous aurions vu un enfant chétif, à grosse tête, sans traces ou avec des traces si peu apparentes de syphilis antérieure qu'il fallait connaître leur possibilité pour les trouver. Nous nous serions probablement dit : cet enfant est un tuberculeux, il a une tumeur tuberculeuse de l'encéphale, cause de l'hydropisie, et nous sommes en présence d'une évolution, dans les méninges, d'une maladie, jusque-là demeurée locale. Eh bien, nous nous serions trompés et en bonne compagnie assurément.

Et, à ce propros, je me souviens d'avoir observé, dans ma clientèle, deux cas fort instructifs. Une fois, je pus faire un diagnostic exact, puisque j'avais soigné l'enfant dès sa naissance. Il était guéri, en apparence, d'une syphilis congénitale fort grave ; il avait eu tous les accidents possibles sur la peau et sur les muqueuses et une albuginite superbe. A trois ans, il est mort de méningite et je n'ai pas hésité à donner à cette maladie une origine syphilitique. L'autopsie (autorisée par les parents) démontra, en effet, que les méninges étaient épaissies et congestionnées comme chez le malade qui fait le sujet de mon observation, sans aucune trace de granulations tuberculeuses.

Dans le second cas, j'ai fait, je crois, une erreur de diagnostic. Je ne connaissais pas la famille de l'enfant de cinq ans auprès duquel j'étais appelé. Il mourut d'une méningite qualifiée de tuberculeuse. Un an après lorsqu'une sœur naquit avec une syphilis bien caractérisée, je me demandais si le frère n'était pas aussi un syphilitique.

Ces faits prouvent que chez quelques enfants il y a d'autres méningites que les tuberculeuses et que peut-être, plus souvent qu'on ne le croit, elles sont d'origine syphilitique.

Il faut donc toujours veiller et ne pas désespérer de la guérison ; quoiqu'il faut bien le dire, peu de méningites syphilitiques guérissent.

OBSERVATION XVIII. — *Endartérite syphilitique très prononcée sur le cerveau d'une fillette de* 15 *mois, avec hérédité certaine*, par CHIARI. *Vien. med. Wochens.*, n° 17, 1881.

Après avoir rappelé la monographie d'Heubner sur l'endartérite déformante, Chiari apporte comme contribution à cette étude un fait qui lui est personnel et qu'il a eu l'occasion d'observer chez une enfant de 15 mois atteinte d'une syphilis héréditaire avérée. Avant d'aborder l'examen de son cas, il cite ceux publiés auparavant et en particulier celui de Dowse concernant une fillette hérédo-syphilitique, âgée de 12 ans, et atteinte d'endartérite syphilitique de l'artère basilaire, un cas de Hedenius qui n'est pas absolument à l'abri de toute critique chez une jeune fille vraisemblablement atteinte de syphilis héréditaire et dont l'une des artères sylviennes présentait les lésions décrites par Heubner. Il pense que la rareté des cas est une preuve du peu de tendance qu'a la syphilis héréditaire à frapper les parois artérielles, eu égard à la fréquence avec laquelle la syphilis acquise atteint ces mêmes organes.

Les lésions décrites par Heubner atteignent non seulement les artères cérébrales, mais encore les autres artères de l'économie, et l'auteur cite les cas d'Œdmanson, de Winckel, de Birch-Hirschfeld, de Schutz, etc., où diverses artères furent trouvées malades chez des nouveau-nés ou des enfants morts de syphilis héréditaire.

Le cas de Chiari concerne une petite fille née le 20 février 1878, saine en apparence. La mère âgée de 21 ans au moment de cette grossesse, était déjà accouchée en 1875 d'un enfant mort-né dont le père avait la syphilis. Au mois de janvier 1877, elle avait présenté des ulcérations de la bouche et des amygdales.

Pendant les six premières semaines, l'enfant reste saine, mais à partir de cette époque apparaissent des plaques muqueuses, des ulcérations anales, du psoriasis palmaire et plantaire. L'iodure de potassium et des soins minutieux eurent raison des accidents, et le 20 juillet ceux-ci avaient disparu.

En août 1878, survient un exanthème spécifique marqué surtout dans la région axillaire où les macules sont groupées. L'épiderme s'exfolie à la partie interne de la cuisse et de la jambe. Les amygdales sont profondément ulcérées ; le fond de la gorge est rouge ; la muqueuse nasale est enflammée. Sous l'influence d'une médication énergique, mercure en frictions, nitrate d'argent, chlorate de potasse, calomel et iodure de potassium, les accidents cédèrent de nouveau et après deux mois de soins, la malade paraissait guérie.

Vers le 21 décembre 1878, surviennent des phénomènes nerveux tels que la dilatation de la pupille gauche, le ptosis de la paupière droite, la paralysie du nerf facial droit.

Dans la moitié droite de la langue une gomme ulcérée. On prescrit l'iodoforme à l'intérieur, le ptosis disparaît mais les autres phénomènes persistent. L'iodure de potassium n'en a pas raison ; l'enfant maigrit.

Le 20 avril 1879, hémiplégie droite ; le 10 mai, attaques épileptiformes survenant trois à quatre fois par jour, mort après dix jours d'agonie le 20 mai.

Autopsie. — Corps petit, maigre, membres grêles.

La pupille gauche est manifestement plus dilatée que la droite les os du crâne sont minces, le vertex a une forme normale, la fontanelle antérieure persiste : la dure-mère est lisse et pâle ; les méninges molles sont œdématiées et légèrement épaissies. A la surface de l'arachnoïde, de la pie-mère, entre ces deux membranes, à la base comme à la convexité, se trouvent des foyers blanchâtres, aplatis, d'un centimètre environ de diamètre.

Dans les deux hémisphères on trouvait une vingtaine de ces foyers de diverses dimensions. A la surface du cervelet, les méninges très délicates ne contenaient pas ces foyers. Autour du tronc basilaire existait un léger épaississement mais pas d'altération bien notable. La basilaire et les vertébrales semblaient considérablement élargies ; leurs parois épaissies et dures au toucher. Les 2/3 postérieurs de la basilaire et la partie

supérieure des deux vertébrales étaient oblitérées par un corps de consistance molle.

L'artère vertébrale gauche, dans toute sa portion intra-crânienne et jusqu'à la portion oblitérée du vaisseau, près de l'origine de l'artère cérébelleuse inférieure et postérieure ; l'artère vertébrale droite dans toute la portion comprise entre l'origine de l'artère cérébelleuse inférieure et postérieure droite et la partie oblitérée du vaisseau, les deux carotides et les sylviennes avaient des parois épaissies. Le caillot oblitérateur était ancien. Les autres artères cérébrales sont dures au toucher. Le cerveau très ramolli renferme dans la substance blanche et l'écorce, mais limités à la superficie, des foyers blanc jaunâtre gros comme des têtes d'épingle. Les ventricules ont leurs dimensions normales.

Le nerf facial droit est un peu plus gros que le gauche ; sur les amygdales et dans le larynx, au niveau des replis aryténo-épiglottiques, on voit des ulcérations circulaires, nettement limitées et revêtues d'une couche blanchâtre.

La moitié droite de la langue présente à sa partie antérieure, près de la portion ulcérée, un noyau gros comme un petit pois. Les poumons sont légèrement œdématiés ; le cœur et les gros vaisseaux sont normaux ; le tissu hépatique est plus ferme que d'habitude ; les autres organes sont pâles ; les extrémités osseuses sont saines et les ganglions examinés avec le plus grand soin n'offrent rien d'anormal.

Il n'est pas douteux que les symptômes observés pendant la vie ne soient dus aux altérations constatées dans les méninges, dans la substance cérébrale, dans les vaisseaux, dans le nerf facial, dans le larynx, le pharynx et le foie, et que la mort ne soit imputable aux lésions vasculaires qui eurent pour conséquence directe un trouble grave dans la circulation de l'encéphale.

Après durcissement dans le liquide de Müller, les organes furent examinés au microscope.

Les méninges molles étaient infiltrées partout de petites cel-

lules et les foyers blanchâtres, aplatis étaient d'origine inflammatoire et consistaient en un tissu granuleux renfermant de nombreux vaisseaux sanguins. L'artère basilaire montrait les lésions de l'endartérite de Heubner. Une coupe transversale faite au niveau des 2/3 postérieurs de ce vaisseau fit voir qu'il était rempli en cet endroit de tissu conjonctif jeune, renfermant de nombreuses cellules rondes, fusiformes ou étoilées.

Dans ce tissu conjonctif se trouvaient des granulations pigmentaires brunes et quelques vaisseaux pourvus d'un endothélium, les uns capillaires, les autres nettement munis d'une tunique musculeuse. Ceux-ci étaient tous atteints transversalement par la coupe, ceux-là l'étaient souvent dans leur longueur.

La membrane fenêtrée était déchirée en maints endroits et à travers ces lacunes passait le tissu conjonctif avec la tunique médiane presque complètement détruite et traversée par de nombreux vaisseaux de nouvelle formation.

La tunique adventice était épaissie et infiltrée de petites cellules.

Dans les deux vertébrales on retrouvait les mêmes lésions à la partie supérieure.

La partie thrombosée des deux vertébrales montrait en dehors du thrombus, de même que les carotides et les sylviennes, lesquelles étaient libres de toute coagulation, un épaississement de la tunique interne qui existait çà et là sans atteindre jamais toute la périphérie de la tunique ; de telle sorte qu'en dedans de la membrane fenêtrée se trouvait au lieu de l'endothélium normal, une couche de tissu conjonctif jeune tantôt mince, tantôt épaisse. L'endothélium était visiblement altéré ; la tunique moyenne, à part çà et là une infiltration insignifiante de petites cellules, n'était guère modifiée, la tunique adventice était parsemée de petites cellules rondes comme les méninges.

Ces épaississements de la tunique interne dépassaient souvent assez brusquement la tunique normale, et celle-ci présentait au

voisinage de ces épaississements une prolifération très peu accentuée de ses cellules endothéliales.

Le tiers antérieur de l'artère basilaire et les collatérales des vertébrales, de la basilaire, des cérébrales ; la communicante antérieure, la communicante postérieure, l'artère du corps calleux avaient une structure normale.

Les corps blanc jaunâtre du cerveau étaient des foyers d'infiltration cellulaire probablement dus à des embolies. Les vaisseaux de voisinage ne semblaient pas épaissis. Aucune altération n'était à signaler dans le pont de Varole, dans la moelle allongée ou dans le cervelet.

Les deux nerfs faciaux présentaient dans leur névrilème une infiltration de petites cellules.

Dans le larynx, sur les amygdales, la langue, les replis aryténo-épiglottiques il existait des lésions inflammatoires dues à la syphilis et ayant déterminé des pertes de substance. Le tissu conjonctif interstitiel du foie était hyperplasié.

L'examen histologique apporte un élément de plus à l'appui de l'opinion sur la nature syphilitique des lésions, car il montre qu'elles sont le résultat d'une inflammation à tendance proliférante comme c'est le cas dans la syphilis.

Ce qu'il y a de particulièrement intéressant dans ce cas à côté de la multiplication cellulaire que nous avons trouvée dans les méninges, c'est l'endartérite qui amena l'oblitération d'artères telles que la basilaire et les vertébrales.

Par sa nature toute particulière, par l'histoire de la maladie, par l'existence de lésions nettement syphilitiques des autres organes, cette endartérite est certainement d'origine syphilitique. Il faut cependant faire nettement ressortir que l'on ne peut distinguer l'endartérite syphilitique de l'endartérite déformante commune par ce fait que la première aboutirait à l'oblitération des vaisseaux.

Nous savons par des recherches récentes que l'endartérite oblitérante peut avoir des origines diverses ainsi que l'ont prouvé Friedländer, Thomas, Baumgarten, Balin, Winiwarter, Raab,

et autres. Elle peut être due, par exemple, à l'inflammation chronique des divers organes, du poumon, des reins, etc, à l'involution de l'utérus, à la ligature des artères.

Observation XIX. — *Contribution à l'étude de la syphilis cérébrale médullaire héréditaire par le Dr Siemerling. Clinique du professeur* Westphal, *à l'hôpital de la Charité à Berlin. Arch. für psychiatrie und. Nervenkr.* Heft I, B. XX, 1888.

L'auteur fait d'abord remarquer que les cas de syphilis cérébro-spinale congénitale où l'examen histologique fut publié, sont rares, et qu'il n'existe pas un seul exemple de syphilis médullaire sans lésions concomitantes dans l'encéphale. Après un historique de la syphilis cérébrale il publie une observation très détaillée d'accidents cérébraux chez une fillette de 12 ans.

Nous la résumons brièvement car le travail de Siemerling est très long, en insistant un peu plus longuement toutefois sur les résultats fournis par l'autopsie et l'examen microscopique. Signalons les planches très instructives qui accompagnent ce travail. Elles représentent les lésions observées à la base du cerveau et des coupes pratiquées à diverses hauteurs de la moelle.

Histoire de la maladie (résumée).

Enfant âgée de 12 ans. Père ayant eu la syphilis ; mère saine.

Cinq grossesses don un avortement à 3 mois attribué à une chute dans un escalier.

Deux enfants morts à 4 mois et à 8 mois, athrepsiés.

Un autre enfant de 11 ans souffre de vertiges et de céphalée.

La malade qui fait le sujet de l'observation est l'aînée des cinq enfants.

Bien portante jusqu'à 4 ans, a marché à un an.

A 4 ans ictus apoplectique, hémiplégie droite, paralysie faciale et aphasie. Ces accidents durent six semaines, mais il reste de la faiblesse consécutive. A 6 ans la vue s'affaiblit, l'enfant ne marche qu'à tâtons.

Janvier 1880. Faiblesse des jambes. Ataxie des membres supérieurs et inférieurs. Sensibilité intacte. Atrophie papillaire commençante.

En 1886, au mois d'avril, surviennent des vomissements, des vertiges, des maux de tête, en juillet, des attaques épileptiformes, des convulsions avec perte de connaissance sans morsure de la langue.

Octobre. L'ouïe diminue.

A l'entrée, le 5 novembre, rien de bien particulier à noter en dehors de la surdité et de la cécité. Nystagmus incessant. Pas de tremblement, pas d'aphasie. Réflexes rotuliens normaux, démarche ataxique.

Pas de fièvre.

12 novembre. Légère paralysie faciale du côté droit et ptosis du même côté.

Les jours suivants l'état s'aggrave, des convulsions se succèdent ; une sorte d'état demi-comateux survient, puis la paralysie faciale disparaît, le danger devient moins imminent, la malade semble revenir à la vie.

Après une série de rémissions de même nature, alternant avec des périodes de recrudescence des phénomènes nerveux et paralytiques, l'enfant succombe à la suite de deux violentes attaques convulsives. Elle avait séjourné quatre mois à l'hospice. Les premiers phénomènes nerveux dataient de sept ans.

A l'*autopsie*. Dure-mère mince, transparente, pie-mère injectée, cerveau diffluent, adhérent à la base. Cervelet également très adhérent.

Arachnoïde épaissie près du lobe temporal et à la surface du cervelet. A la base, la dure-mère est le siège de nombreuses nodosités jaunâtres et grisâtres de diverses grandeurs. Quelques-unes sont grosses comme des noisettes.

Dans la région du chiasma, les diverses parties sont confondues dans une masse néoplasique.

La dure-mère spinale est épaissie ainsi que l'arachnoïde qui a une teinte blanc verdâtre.

Cet épaississement de l'arachnoïde atteint environ un millimètre. La partie antérieure porte de petites tumeurs. En somme : encéphalo-méningite gommeuse ; arachnitis gommeuse basilaire ; hydrocéphalie ; gommes de la dure-mère ; atrophie de la dure-mère à la convexité, ostéoporose de la base ; arachnitis gommeuse spinale.

Dans les autres organes : œdème considérable des poumons et congestion ; cœur sain, hyperhémie de la muqueuse du tube digestif ; reins congestionnés, rate grosse et présentant des taches pâles ou gris brunâtre à la surface. Organes génitaux intacts.

Epaississement des nerfs du chiasma, sauf à la portion médiane qui est, au contraire, très atrophiée.

Nerfs crâniens adhérents à la base.

Epaississement des moteurs oculaires, surtout à gauche.

La portion médiane de la protubérance est seule libre. Le reste est envahi par les produits pathologiques,

Les artères basilaire et vertébrales paraissent saines.

A gauche, le trijumeau, le facial, l'acoustique, le moteur oculaire externe sont visibles ; à droite, ils sont cachés sous les néoplasmes, sauf le moteur oculaire externe.

Le bulbe, la protubérance, les portions supérieures et inférieures du cervelet sont envahies par des nodosités grosses comme des noisettes.

Les ventricules latéraux sont très dilatés.

Examen microscopique. — L'exsudat qui couvrait la base est formé de tissu conjonctif à larges mailles, renfermant quelques vaisseaux et de nombreuses cellules rondes.

Les nerfs optiques sont dégénérés à partir du chiasma ; le cylindre-axe est détruit, cependant ils sont moins altérés vers leur extrémité.

Les moteurs oculaires offrent des lésions semblables mais moins avancées ; les muscles qu'ils animent sont restés sains.

En ce qui concerne les vaisseaux, les veines sont intactes, mais les artères sont toutes lésées.

La vertébrale droite est surtout malade. La lumière du vaisseau est légèrement rétrécie ; la tunique adventice est épaissie et infiltrée de cellules rondes réunies en amas plus ou moins grands.

Dans les vaisseaux de gros calibre la tunique interne est irrégulièrement épaissie, la membrane élastique est lisse et tendue. En quelques endroits elle présente des renflements.

Dans la sylvienne droite et la cérébelleuse inférieure, les altérations sont à peu près identiques. La tunique interne déchirée par places, flotte dans la lumière des vaisseaux.

Moelle. — Dure-mère saine, arachnoïde épaissie, adhérente à la pie-mère par places, Celle-ci également épaissie, atteint jusqu'à 3 et 4 millim. dans la zone des cordons postérieurs. En plusieurs endroits elle porte des nodosités ressemblant à des tubercules. Ces tumeurs sont formées de couches stratifiées de tissu conjonctif lâche, infiltré de cellules rondes.

Les lésions atteignent leur maximum dans la région dorsale inférieure et moyenne.

Les parois des artères de la pie-mère sont plus ou moins altérées ainsi que les veines adjacentes suivant la hauteur à laquelle on les examine. Les veines sont oblitérées et il ne reste de la lumière du vaisseau qu'un petit orifice. Les tuniques sont envahies par une large prolifération cellulaire. Quelques vaisseaux de la substance blanche sont lésés, ceux de la substance grise sont intacts.

La pie-mère adhère fortement à la moelle. Une coupe pratiquée au milieu de la portion dorsale de celle-ci, montre qu'elle est envahie à droite par le néoplasme. A gauche les cloisons sont épaissies.

Les cordons postérieurs sont altérés dans toute leur hauteur et dans toute leur épaisseur ; à des degrés divers.

Les cordons latéraux peu atteints en général sont intéressés par la lésion à la partie supérieure et à la partie moyenne de la moelle, sur une courte étendue.

La substance grise est refoulée pour ainsi dire par l'exsudat qui l'enserre des deux côtés. Dans quelques coupes on voit la corne antérieure et la corne postérieure gauches déplacées complètement de leur position normale; la corne postérieure traverse les tissus malades sous l'apparence d'un mince filet.

Autre part les cornes postérieures sont écartées par un gros noyau qui s'est insinué entre elles.

Les faisceaux nerveux ont subi diverses altérations. Les cellules nerveuses et les vaisseaux de la substance grise ne sont pas lésés.

Les racines des nerfs sont saines malgré les lésions considérables des enveloppes. Quelques-unes cependant sont détruites dans la queue de cheval.

L'auteur fait suivre cette observation de réflexions qui le conduisent à admettre une lésion des méninges molles et en particulier de la pie-mère, d'origine syphilitique, avec altérations caractéristiques des vaisseaux et propagation du processus pathologique dans la substance blanche, propagation ayant entraîné des lésions interstitielles qui ont retenti sur les éléments nerveux.

Comparant ensuite les symptômes cliniques observés aux résultats fournis par l'examen anatomique, il montre que les symptômes cérébraux ayant pris une grande importance, les signes d'une affection de la moelle se sont dissimulés. La maladie a-t-elle atteint primitivement le cerveau ou au contraire a-t-elle débuté par la moelle ? Pièces en mains il est difficile de se prononcer. La première hypothèse paraît cependant plus vraisemblable.

Chez cette petite fille les accidents méningitiques ne

sont survenus que six ans après une première attaque apoplectiforme ayant laissé après elle une faiblesse de jambes et de l'ataxie. On pouvait songer à une tumeur de l'encéphale, à de la pachyméningite d'origine syphilitique, à la sclérose cérébrale, etc. Mais il était peu probable, étant donnés les antécédents personnels de la malade, son état général relativement satisfaisant, la durée de la maladie, de penser à la tuberculose. Nous avons rapporté cette observation parce qu'elle nous a paru être un exemple rare de syphilis cérébro-spinale héréditaire avec accidents méningitiques et lésions très étendues de la moelle et du cerveau. Il est regrettable que dans son mémoire, Siemerling ne fasse pas mention du traitement. A ce point de vue le cas méritait encore d'être rapporté, car il est permis de se demander si une enquête instituée lors de l'apparition des premiers accidents et ayant fait connaître les antécédents héréditaires syphilitiques de la malade n'aurait pas eu d'heureuses conséquences en faisant instituer dès ce moment un traitement spécifique.

Observation XX, — Cruveilhier. *Atlas d'anatomie pathologique*, 1er vol., 2e partie, livraison XV, obs. 10, p. 6. *Pustules cutanées. Pneumonie lobulaire insuppurée. Suppuration de la dure-mère.*

Un enfant à terme, peu développé, vient avec des pustules dans différentes parties du corps.

L'épiderme de la plante des pieds et des orteils est détaché comme dans la brûlure.

Je trouvai dans les poumons une douzaine de petites masses indurées, sphéroïdes et superficielles pour la plupart, dans lesquelles étaient compris plusieurs lobules pulmonaires. Au

milieu de ces petites masses, était du pus contenu dans des foyers, dont les parois infiltrées de pus étaient traversées par des brides pénétrées du même liquide. On peut dire que ces masses de pneumonie lobulaire, tiennent le milieu entre le tubercule et l'inflammation.

Le crâne ouvert, j'ai trouvé que la portion de la dure-mère qui répond aux deux voûtes orbitaires, à l'angle de réunion de ces voûtes avec la portion verticale du frontal, était infiltrée d'un pus très bien lié qui en écartait les mailles. Les os dénudés étaient érodés dans une partie de leur épaisseur. Le périoste qui répondait à la dure-mère malade était épaissi. Un peu de pus était épanché entre l'os et son périoste, mais dans une petite étendue.

Observation XXI. — Nous relevons dans la *Gazette des hôpitaux*, 1854, p. 172, sous le titre d'Affections syphilitiques des nouveau-nés, la communication suivante :

Charrier, interne des hôpitaux, service de M. Danyau soumet à l'examen de la Société anatomique le crâne d'un enfant qui, après avoir vécu quelques jours, a succombé. Cet enfant portait un pemphigus syphilitique en pleine suppuration. A l'intérieur du crâne, entre la dure-mère et les os, on voit de grandes taches purulentes.

Ces taches, examinées au microscope par M. Follin, sont formées par des épanchements de matière fibro-plastique avec un développement vasculaire remarquable ; mais pas de trace de pus.

Dans le poumon existaient des foyers contenant de la matière qui, analysée au microscope également, offrait des globules purulents et de la matière fibro-plastique.

Observation XXII

Trémeau de Rochebrune, dans une thèse sur quelques manifestations de la syphilis congénitale, rapporte le cas suivant :

Élise S... est née le 17 mars 1872. Elle pèse 3 kilog. 110 gr. Meurt le 25 mars d'accidents syphilitiques.

A l'autopsie on trouve les méninges et le cerveau injectés ; tous les vaisseaux gorgés de sang ont une couleur bleuâtre qui domine dans la région supérieure des grands lobes et à la base du cervelet. Le tissu cérébral est ramolli dans une grande étendue, aussi coloré en bleuâtre, avec foyers jaunâtres de la grosseur d'une tête d'épingle, quelquefois d'un grain de chènevis.

Diverses lésions des autres organes.

Dans plusieurs observations, Trémeau de Rochebrune, signale une forte injection des méninges et de la substance cérébrale. Dans d'autres, on trouve des lésions des os ou des viscères, mais dans celles-ci le crâne n'a malheureusement pas été ouvert.

Observation XXIII

L'observation de *Dowse*, rapportée par le professeur Fournier dans : Syphilis héréditaire tardive, a trait à une jeune fille âgée de douze ans, née de parents syphilitiques. Les accidents cérébraux se manifestent à l'âge de dix ans seulement, et consistent surtout en accès épileptiques nombreux, succédant à une céphalée violente à exacerbations nocturnes, en troubles de la vue, paralysies, anesthésies, hyperesthésies, affaiblissement progressif de l'intelligence, etc. La malade succombe dans un accès épileptique. A l'autopsie on trouve : des adhérences très fortes de la dure-mère, une symphyse méningo-cérébrale au niveau des régions pariétales ; injection de la pie-mère ; arachnitis chronique avec épanchement ; au niveau de la surface convexe des hémisphères, trois nappes gommeuses adhérentes à la dure-mère, et semblant originaires de cette membrane ; des lésions d'encéphalite ; des lésions vasculaires ; des lésions des cordons nerveux.

Observation XXIV

M. Fournier relate aussi le cas de *Broadbent* où un enfant de trois ans, issu de mère syphilitique, succombe à des accidents analogues. « L'autopsie révéla dans ce cas, indépendamment d'une affection spécifique du foie, des lésions d'encéphalo-méningite aiguë entées sur une sclérose plus ancienne de l'encéphale. Certaines parties du cerveau étaient le siège d'une injection très vive, s'élevant jusqu'à la teinte du rouge noir sur quelques points ; d'autres étaient ramollies ; d'autres présentaient une consistance singulière, une dureté que l'auteur compare à celle du cuir ; ailleurs encore, la substance grise était atrophiée, etc... »

Observation XXV

Samuel Gee trouva chez une petite fille hérédo-syphilitique, âgée de 10 ans, un des hémisphères cérébraux atrophié à un degré remarquable : tout l'encéphale offrait un état de sclérose diffuse.

Chez une fillette du même âge, M. *Fournier* trouva : une calotte crânienne extrêmement amincie sur certains points et tout au contraire considérablement hyperostosée sur d'autres ; excavations multiples creusées aux dépens de la table interne, qui était comme vermoulue, comme fouillée au burin et rappelait exactement l'aspect du vieux bois rongé par les vers ; d'autre part, méninges très épaissies, coriaces, adhérentes entre elles, et non moins adhérentes à la subtance grise qui semblait absolument désagrégée, ramollie ; en outre, foyers de ramollissement disséminés dans les portions centrales, etc.

Observation XXVI

Casati, médecin de l'hôpital des Enfants de Milan, a vu se produire chez un enfant de 5 mois et 26 jours les symptômes suivants que nous résumons d'après le D[r] Mollière : ophtalmie ;

ozène ; ulcère cutané de l'anus ; taches cuivreuses sur le ventre ; ulcère en voie de guérison sur la jambe droite. Au bout de six jours la déglutition devient difficile, toux gutturale ; vomissements malgré l'usage de la poudre de Collini. Enfin au bout de 9 jours surviennent des accès convulsifs avec cyanose et accès de suffocation. A l'auscultation, râles nombreux, surtout à gauche. L'enfant meurt deux jours après l'apparition de ces phénomènes convulsifs.

Autopsie. — La tête entière est congestionnée. Il y a de la suffusion séreuse dans les ventricules et à la base du cerveau. La muqueuse du larynx est couverte de muco-pus. Rougeur de la glotte, et de l'épiglotte, au-dessous de laquelle on trouve une ulcération à son début. Hépatisation des lobes supérieurs et postérieurs des deux poumons. Développement considérable des glandes mésentériques.

Observation XXVII

Un autre enfant de quatre mois et treize jours atteint de diverses lésions cutanées syphilitiques, meurt de convulsions le 37e jour. A l'autopsie on trouve : une injection des méninges, un piqueté très marqué du cerveau, une suffusion séreuse sous les méninges, dans les ventricules et à la base du cerveau. Diverses lésions des autres viscères.

Observation XXVIII

Autre observation. — En 1865, une femme accouche à l'hôpital Luogo Pio d'un fœtus de six mois mort et macéré, présentant des traces de desquamation de la plante des pieds et de la paume des mains, comme à la suite de pemphigus. A l'autopsie l'enfant présente une congestion du cuir chevelu ; les os du crâne sont extrêmement rouges ; il en est de même des méninges et du cerveau. Le cervelet et la moelle sont piquetés de rouge.

Observation XXIX

Autre observation. — Une femme présentant des ulcérations syphilitiques des organes génitaux, accouche d'un enfant à terme, mais mort et macéré. La surface cutanée ne présente rien de particulier. L'autopsie révéla une congestion cérébrale intense et diverses lésions des autres viscères.

L'auteur fait suivre ses observations de remarques sur les lésions que produit la syphilis héréditaire dans les différents organes des nouveau-nés et d'une analyse des travaux antérieurs. Voici ses réflexions concernant les lésions cérébrales : « Nous n'en avons jamais trouvé qui fussent dignes de remarque, nous n'avons noté dans quelques circonstances rares, qu'un peu de congestion et de suffusion séreuse. Mais comme nous les avons rencontrées chez un petit nombre d'enfants seulement qui avaient succombé dans des convulsions, nous devons les considérer comme une complication de la maladie, mais tout à fait indépendante de la syphilis ».

Dans le travail publié par Siemerling au sujet d'un cas de syphilis cérébrale et médullaire congénitale l'auteur résume les faits suivants :

Observations XXX

Dans le cas de *Bury*, il s'agit d'une fillette de 12 ans qui présente des phénomènes de démence avec mouvements convulsifs du côté droit. Dans le cerveau il y avait de la pachyméningite, un amincissement des méninges, des épaississements des artères cérébrales antérieure et moyenne, des hyperostoses du sphénoïde et du rocher. En même temps existait une gomme de la langue.

Observation XXXI

Jarisch (1885) examinant la moelle sans que rien pendant la

vie eut appelé l'attention de ce côté, chez un enfant qui avait succombé avec une éruption indubitablement syphilitique, quelques mois après sa naissance, trouva des altérations siégeant dans les cellules nerveuses et les vaisseaux. Les cellules étaient moins nombreuses, réduites dans leurs dimensions : le protoplasma était entouré d'un lacis serré.

Dans un autre cas, il trouva les vaisseaux du sillon antérieur de la moelle, entourés de masses vitreuses limitées, homogènes.

Observation XXXII

Jurgens cite un premier cas chez un enfant mort-né, long de 45 centimètres. Il y avait autour du chiasma un fort épaississement fibreux des méninges molles. Cet épaississement se prolongeait sur les méninges de la moelle, avec une hypertrophie de la dure-mère. La pachyméningite fibreuse était surtout marquée au niveau de la région cervicale pour disparaître peu à peu en descendant.

La basilaire, les deux vertébrales, avaient des parois épaissies, les vaisseaux de la région cervicale étaient fortement sclérosés.

De la pie-mère épaissie partaient des prolongements fibreux et des trames cellulaires qui envahissaient les cloisons interstitielles de la moelle, principalement dans la région des cordons et des racines postérieures. Près du sillon longitudinal postérieur il y avait également de fortes productions fibreuses de nombreuses cellules à noyaux, et les cordons grêles des deux côtés du sillon présentaient une multiplication des noyaux. Dans la profondeur du sillon, les productions fibreuses s'étendaient jusqu'à la substance grise, atteignaient le canal central et autour de celui-ci se trouvaient des amas de cellules à noyaux.

Observation XXXIII

Dans un deuxième cas, chez un enfant de cinq jours, l'au-

topsie montra une pachyméningite très légère avec arachnitis fibreuse chronique des enveloppes de la moelle. Dans la substance médullaire on ne trouva pas de lésions bien déterminées, tandis que dans le cerveau il y avait de l'opacité des méninges molles, des gourmes de l'encéphale et des foyers de ramollissement.

Observation XXXIV

Plus graves et plus étendues, étaient les lésions, chez un enfant de 2 ans qui fait l'objet d'une *troisième observation*.

Henoch avait relevé diverses particularités cliniques dont nous citons les suivantes : développement anormal du crâne, état cérébral bizarre. L'enfant répondait assez bien aux questions mais bavardait constamment et présentait dans son intelligence des variations de degré, difficiles à expliquer. Aucun trouble dans la motilité. L'enfant mourut de diphtérie.

Dans les parois crâniennes on trouva en divers endroits des tumeurs de la grosseur d'une cerise. Dans la région cervicale, une gomme de la taille d'un grain de millet occupant la moitié environ de la surface du cordon latéral droit et empiétant sur les racines postérieures. Celles-ci paraissaient grisâtres dans une certaine étendue.

Le fait observé par Morel-Lavallée en 1885, dans le service de M. Siredey, à l'hôpital Lariboisière, se rapporte à une femme âgée de 25 à 30 ans. Nous le rappelons cependant, parce que la maladie simulait une méningite tuberculeuse, et que l'on n'avait aucun renseignement sur la malade, qui fut apportée à l'hôpital sans connaissance et en état de résolution musculaire généralisée.

A la visite le lendemain matin, on pensa à une fièvre typhoïde tout en faisant des réserves. L'état était le suivant : coma, yeux à demi ouverts, pupilles normales,

sans strabisme, respiration lente, non stertoreuse, pouls régulier, normal, langue sèche, ventre non ballonné, aucune tache rosée. Ni raideur, ni paralysie, constipation. T. 38°,2.

Le lendemain, on trouve une paralysie faciale peu accusée. M. Siredey songe à la possibilité d'une méningite tuberculeuse à forme irrégulière et prescrit la glace sur la tête, les lavements purgatifs, l'iodure de potassium à la dose de 2 gr. T. 39°,2.

Les jours suivants, on voit s'accentuer les phénomènes méningitiques : paralysie faciale plus marquée, dépression du ventre, raie méningitique, persistance de la constipation, hyperesthésie musculaire profonde.

Toutefois, il n'y a ni strabisme, ni vomissements, ni raideur de la nuque, ni contractures des membres. Le pouls et la respiration restent normaux.

Au huitième jour, une amélioration légère se manifeste, la malade remue, essaie de parler. En présence de cette modification, on augmente la dose d'iodure de potassium qui est portée à 4 gr. et on y joint les frictions à l'onguent napolitain.

La guérison suit rapidement cette médication spécifique, et un mois à peine après le début de ces accidents graves, la malade était rétablie. On apprend alors qu'elle avait souffert trois jours avant d'entrer à l'hôpital, de céphalalgie violente, et qu'elle avait perdu connaissance pendant une crise douloureuse de céphalée.

Cette femme ne porte aucune trace de syphilis acquise ni héréditaire. Seule la voûte palatine est un peu plus ogivale que normalement. Dans les antécédents hérédi-

taires l'enquête ne révèle ni syphilis ni tuberculose. Les parents sont bien portants.

« Il est impossible, dit Morel-Lavallée, de croire à autre chose qu'à des manifestations cérébrales d'une syphilis ignorée.

Bien qu'il s'agisse ici d'un adulte, nous ne pouvions passer ce fait sous silence.

Il montre qu'en l'absence de tout renseignement dans ces cas de méningite à forme irrégulière, le traitement spécifique doit toujours être institué et que souvent le malade pourra en retirer le plus grand bénéfice.

Nous rappellerons en terminant les faits signalés par le professeur Fournier, faits qui lui sont personnels ou qui appartiennent à Legroux et Robin, Bargioni, Virchow, Wegner, Waldeyer, Köbner, Parrot, etc., et dans lesquels il s'agit d'enfants tout jeunes qui, nés de parents syphilitiques, présentèrent à l'autopsie des lésions telles que la sclérose du cerveau ; des masses jaunes gommeuses soulevant la dure-mère ; de petits foyers blanchâtres ou jaunâtres, constitués par des granulations graisseuses ; une masse jaune très certainement gommeuse soulevant la dure-mère, etc... (Alf. Fournier *Syph. héréd. tard.*, 1886).

CONCLUSIONS

Les accidents méningitiques de la syphilis héréditaire chez les enfants sont, ainsi que l'a montré le professeur Fournier, facilement confondus avec la méningite tuberculeuse.

Le diagnostic, très souvent impossible à établir, sera toujours difficile.

La méningite syphilitique et la méningite tuberculeuse ne diffèrent entre elles que par des nuances délicates à saisir et qui peuvent elles-mêmes disparaître sous l'influence des moindres complications intercurrentes.

Ainsi, dans la méningite tuberculeuse, les paralysies ouvrent rarement la scène, tandis qu'elles sont plus souvent signalées au début de la méningite syphilitique.

Dans la méningite syphilitique on trouvera souvent de l'apyrexie au lieu de trouver de la fièvre ; le cri sera plaintif au lieu d'avoir le caractère du véritable cri hydrencéphalique ; le pouls sera régulier ou irrégulier, mais non ralenti comme à certains moments de la méningite tuberculeuse, la respiration moins souvent irrégulière et affectant rarement le type de Cheyne-Stokes.

La rétraction du ventre en bateau, les vomissements en fusée, la constipation, le délire, les contractures, le mâchonnement ont encore été signalés comme étant plutôt le propre de la méningite tuberculeuse.

Il en est de même de l'habitus des malades et du décubitus latéral en chien de fusil.

L'amaigrissement serait plus rapide chez les tuberculeux.

Mais si l'on a affaire au tubercule de l'encéphale ayant provoqué des accidents méningitiques, les nuances que nous venons de signaler ne peuvent plus être d'aucune utilité pour le diagnostic. Elles s'effacent, et qu'il s'agisse d'une lésion syphilitique ou d'une lésion tuberculeuse, les mêmes symptômes deviennent communs à l'une et à l'autre. Les mêmes nuances, les mêmes irrégularités qui différenciaient la méningite tuberculeuse de la méningite syphilitique vont rapprocher celle-ci du tubercule de l'encéphale.

Ces nuances doivent être néanmoins relevées avec soin, elles peuvent faire songer à la possibilité d'accidents dus à la syphilis héréditaire, faire ouvrir une enquête sur les antécédents héréditaires et personnels du petit malade et faire instituer un traitement rationnel.

Les résultats affirmatifs de l'enquête au point de vue de la syphilis héréditaire et l'amélioration produite dans l'état du malade par le traitement spécifique, autorisent-ils à se prononcer en faveur d'une lésion plutôt syphilitique que tuberculeuse ? Nous avons vu que même dans ce cas il faut réserver le diagnostic et que chez des hérédo-syphilitiques, le traitement par le mercure et l'iodure de potassium peut avoir sur des accidents méningitiques d'origine tuberculeuse une influence favorable.

Ce traitement devra donc être institué chez les enfants dans certains cas de méningite à forme irrégulière, même

en l'absence de renseignements précis sur les antécédents, car la syphilis peut être la cause des symptômes observés, et s'il n'y a pas lieu de conclure trop hâtivement des résultats obtenus, que l'on se trouvait en présence d'accidents syphilitiques, il n'en faut pas moins prescrire, suivant les préceptes du professeur Fournier, c'est-à-dire en frappant vite et fort, le seul traitement qui puisse offrir au malade des chances de s'améliorer et peut-être de guérir.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Angagneur. — *Étude sur la syphilis héréditaire tardive.* Th. de Lyon, 1879.

Archambault. — Pathologie des méninges. *Dict. encycl. des sc. méd.*, 1873.

Armangué. — Méningite probablement tuberculeuse, traitement par l'iodure de potassium, guérison, aphasie consécutive. *Gaz. hebd. des sc. méd. de Montpellier*, 1883, p. 61.

Barlow. — Specimen of brain from a case of infantile syphilis with disease of the basilar artery. *Lancet.* Lond. 1879 et *Med. Times*, 1879, p. 129. — Syphilis of brain, Lond., 1869, et *Med. Times*, 1877, p. 106, et *Gaz. méd.*, 1877, p. 479.

Barth. — Méningite peut-être tuberculeuse ; guérison. *France. méd.*, 1877, p. 241.

Bertrand. — *Des lésions des méninges cérébrales sous l'influence de la syphilis.* Th. de Paris, 1874.

Besnier. — Hérédo-syphilis, surdité, microdontisme, kératite interstitielle double, ostéo-périostite déformante. *Ann. de derm. et de syph.*, 1889, p. 215.

Blache. — Réflexions à propos de quelques cas de méningites guéries chez des enfants. *Union méd.*, avril 1881, p. 541.

Blachez et Luys. — Obs. de méningite granuleuse présumée syphilitique. *Gaz. hebd.*, 1861, p. 198.

Bouchard et Lépine. — Obs. de méningite syphilitique ; gomme des méninges. *Gaz. méd. de Paris*, 1866, p. 726.

Bouchut. — *Traité pratique des maladies des nouveau-nés, des enfants à la mamelle et de la seconde enfance*, 1878.

Bourrousse de Laforre. — Traitement de la méningite par les iodures. *Moniteur des sc. méd. et pharm.*, 1861, p. 499 et suiv.

Broadbent. — Syphilis du cerveau. *Lancet*, 1876.
— Méningite syphilitique. *Brit. med. J.*, 1874.

Cadet de Gassicourt. — De la guérison de la méningite. *Rev. mens. des mal. de l'enf.*, 1884.

Casati. — Études et observations sur la syphilis infantile traduc. par

Mollière, in *Ann. de derm. et de syph.*, t. III, 1870-71, p. 290 et t. IV, 1872-73. p. 435.

Caspary. — Syphilis héréditaire débutant par des symptômes nerveux. *Berl. klin. Wochens.*, 1er juillet 1889, p. 602.

Charcot. — Un cas de syphilis cérébrale héréditaire tardive. *Bull. méd.*, 11 fév. 1891.

Chantemesse. — *Des formes anormales de la méningite tuberculeuse chez l'adulte.* Th. Paris, 1883-84, n° 124.

Chiari. — Endartérite syphilitique chez un enfant. Anal. in *Rev. sc. méd.* Hayem, t. XIX, p. 637. *Wien. med. Wochens.*, 1881.

Cruveilhier. — *Atlas d'anatomie path.*, liv. XV, obs. 10, pl. 6.

Diday. — Syphilis congénitale ou héréditaire ou encore infantile. *Dict. encycl. des sc. méd.* Paris, 1884, t. XIV.

Dowse. — Syph. of the brain and spinal cord. *N. Y. med. T.*, 1879.

— *Syph. of the brain*, Lond., 1881.

— (T. S). — Note of a case of occipito-basic meningitis « syphilitic ». *Med. Presse and Circ.* Lond., 1886.

Dreyfous (F.). — De la méningite chronique chez les enfants ; ses rapports avec la syphilis héréditaire tardive. *Rev. mens. des mal. de l'enf.* Paris, nov. 1883 ; p. 497.

Dubousquet, Laborderie et Gaucher. — Syph. héréditaire tardive. Altérations dentaires. Phtisie pulmonaire syphilitique guérie. *Rev. des sc. méd.* Paris, 1884.

Dujardin-Baumetz. — Méningite tuberculeuse. Arrêt dans la marche de la maladie. *Soc. méd. des hôp.*, 1878, p. 256.

Dupré. — Deux obs. d'hérédo-syphilis tardive.
1° Kératite interstitielle double, ostéo-périostite de l'humérus.
2° Triade d'Hutchinson, lésion déformante des os du nez ; ulcération gommeuse mutilante du voile du palais. *France méd.*, 13 mars 1888.

Fleichmann. — Méningite basilaire. Guérison. *Jahr. f. Kinderh.* t. VI, p. 404, 1873.

Fournier (Alf.). — La *syphilis du cerveau*, 1879.

— Influence de la syphilis sur la mortalité infantile. *Comm. à l'Acad. de méd.*, mars 1885.

— La syphilis héréditaire tardive 1886.

— L'hérédité syphilitique. *Bull. méd. Paris*, 1889, p. 691 et suiv.

— Syphilis par conception. *Sem. méd.*, janv. 1889, n° 3.

— *Syphilis et mariage*. Paris, 1890.

Foucart. — Méningite probablement tuberculeuse guérie. *France méd.* 23 juillet 1879.

Gailleton et Dron. — Mortalité des nouveau-nés syphilitiques. *Lyon méd.*, t. XV, 1874, p. 105.
Gilbert et Lion. — Syph. médullaire précoce. *Arch. gén. de méd.*, 1889 et *Bull. Soc., méd. des hôp.*, juillet 1890, p. 644.
Grancher. — Syphilis infantile. *France méd.*, 1885, p. 1257.
— La syphilis héréditaire tardive. *Gaz. méd.* Paris, 1888.
Gros et Lancereaux. *Des affections nerveuses syphilitiques.* Paris, 1861.
Guersant. — Art. Méningite. *Dict. en 30 vol.*, t. XIX, 1839.
Hanot. — De la syphilis cérébrale. *Rev. des sc. méd.*, t. IX, 1877, p. 726.
Hayem. — *Études sur les différentes formes d'encéphalite.* Th. de Paris, 1868, n° 124.
Henoch. — Faits de path. nerv. chez les enfants. *Charité Annalen.* Berlin, 1878-1880. *Rev. sc., méd.* Hayem, 1881, p. 599.
Heubner. — Syphilis des artères du cerveau. in Anal. *Ann. derm. et syph.*, 1875-1876.
Homolle. — Art. Syphilis, in *Nouv. Dict. méd. et chir. prat.*, 1883.
Hughlings et Jackson. — *Nervous disease in inherited syphilis.* Londres, 1868.
Hyman. — Report of cases of meningitis treated with iodide of potassium. *Am. med. T.*, 1862.
Jaccoud et Labadie-Lagrave. — Art. Méninges du *Dict. de méd. et de chir. prat.*, 1876.
Karth. — Syphilis cérébrale héréditaire. Guérison. *Rev. mens. des mal. de l'enfance.* Paris. 1888, p. 337.
Ladreit de Lacharrière. — *Des paralysies syphilitiques.* Th. de Paris, 1861.
Lancereaux. — *Traité historique et pratique de la syphilis.*
Laschkewitz. — Hérédo-syphilis. Paralysie des quatre membres. *Archiv für derm und syph*, 1878.
Lepileur. — Accidents épileptiformes de nature syphilitique chez un nouveau-né, *Gaz des hôp.*, n° 1, 1873.
Laveran. — Art, Méningite du *Dict. encycl., des sc. méd.*, 1873.
Liégeard. — Mercure en frictions dans la méningite. *Gaz. méd.* 1835, t. III, p. 520.
Mann. — Méningo-myélite transverse aiguë pouvant être attribuée à la syph. héréd. tardive Traitement spécifique, guérison. *Lancet*, 21 juin 1889.

Marfan. — Hémiplégie chez une enfant hérédo-syph. âgée de cinq mois, guérison par le traitement anti-syph. *Ann de derm et syph.* Paris, 1887.

Mauriac (Ch.) ; — Leçons sur l'aphasie et l'hémipl. droite syph. à forme intermittente. *Gaz. hebd. de méd. et chir.*, 1876, nº 4 et suiv.

— Affect. précoces du syst. nerv. *Ann de derm. et syph.*, t. VI, 1874-75, p. 161 et suiv.

— *Mémoire sur les affect. syph. précoces des centres nerveux.* Paris. 1879.

— Diagnostic et pronostic des cérébro-syphiloses. *Gaz des hôp.* Paris. 1889, Hérédo-syphilis.

Mollière (Daniel), — Obs. de syph. constitutionnelle recueillies à l'hosp. de l'Antiquaille. *Ann. de derm. et de syph.*, t. II, p. 407, 1870, et t. III, p. 127, 1870-71.

Money. — Chronic syph. meningitis, arteritis and cerebral atrophy. in children. *Path. Soc. of Lond.*, janvier 1889. Anal. in *Ann. de derm. et syph.*, 1889.

Morel-Lavallée. — Syphilis céréb. simulant la méningite tubercu leuse *Ann. de derm. et de syph.* Paris, 1885.

Négrié. — Hydrocéphalie syph. cong. *J. de méd. de Bordeaux*, décembre 1888, p. 195.

Oestreicher. — Ein betrag. zur meningitis diffusa basilaris syphilitica. *Berl. klin. Wochens.*, 1890, p. 123, 10 février.

Oppenheim. — Zur kenntniss der syphilitischen. Erkrankungen des centrales nervensystems. *Berl. klin. Wochens.*, 1889.

Parrot. — La syph., héréditaire. *Prog. méd.*, 1877, p. 798. Avortement syph., p. 881. Leçons sur la syph. héréd. *Prog. méd.*. 1878.

Peacock. — Obs. de méningite syphilitique aiguë. *Med. Times and Gaz.*, 1856.

Potain. — Syph. pulm. *Gaz. des hôp.*, nºs 137 et 141 1888.

Quinquaud. — Méningite chron. de la base, probabl. syph. *France méd.*, p. 298, 1877.

Rabot. — *Contrib. à l'étude des lésions syph, des artères cérébrales.* Th. de Paris, 1875.

Ramadier et Barazer. — Syph. cérébrale chez un héréditaire dégénéré. *Ann. méd. psychol.* Paris, 1889.

Remy. — Nécrose syph. du pariétal, méningo-encéph. consécutive et abcès du cerveau . *Bull. Soc. anat.* Paris, 1874, p. 604.

Rendu.— Méningite gommeuse ou artérite cérébrale d'origine syph., *Gaz. des hôp.* Paris, 8 mai 1888.

Ricord et Depaul. — Temps de l'app. de la syph. chez les enfants. *Bull. Acad. de méd.*, 1863.

Rilliet et Barthez. — *Traité des maladies des enfants*, 1861.

Rollet. — *Traité des maladies vénériennes*, Paris, p. 951, 1868.

— Art. Syph. du *Dict. encycl. des sc. méd.*, 1884.

Rougon. — Obs. de méningite traitée par l'iodure de potassium. *Union méd.*, mai 1881, p. 800.

Roux. — *De la paraplégie précoce d'origine syph.* Th. de Bordeaux, 1888.

Sandoz. — Contrib. à l'étude de l'hydrocéphalie interne dans la syph. héréd. *Rev. méd. de la Suisse romande*. Genève, 1886 p. 713.

Schmitt et Baraban. — Contrib. à l'étude de la syph. nevr. précoce.

— Hémiplégie et endartérite précoce. *Rev. méd. de l'Est*, n° 21, 1888. *Ann. de derm. et de syph.*, 1889, p. 39.

Schwartz. — *De l'hemiplégie syph. précoce.* Paris, 1880.

Sée (G.). — Diagnostic et physiol. de la méningite tuberculeuse. *Union méd.*, 15 mai 1879, p. 790 et suiv.

Seibert. — Endarteritis syph. cerebri bei einen 20 monatlichen hereditär luetischen kinde. *Jahrb. f. Kinderh.* Leipzig, 1885, t. II, p. 333.

Sevester. — Des manifest. précoces de la syph. congénit. étudiées spécialement au point de vue du diagnostic.

Prog. méd. Paris, 1888 et 1889. *Ann. de derm. et de syph.*, p. 751, 1889.

Siemerling. — Contrib. à l'étude de la syph. cérébro-spinale congénitale. *Arch. fur Psychiatrie und Nervenkr.* Band XX, p. 102, 1889.

Simon. — De la syphilis infantile cong., de son traitement comparé avec celui de la syph. des adultes. *Rev. mens. des mal. de l'enfance.* Paris, 1886.

— Anomalies et diagnostic différentiel de la méningite tuberculeuse de l'enfance. *Sem. méd.*, juin 1887.

— Convulsions chez les enfants. *Sem. méd.*, 15 février 1888.

— Diagnostic différentiel des diverses paralysies de l'enfance. *Rev. obst. et. gynec.* Paris, 1890.

Siredey. — Des caractères du pouls dans la méningite. *Union méd.* p. 216, 1868.

Stœber (L.). — *De l'emploi de l'iodure de potassium dans la syphilis.* Th. de Strasbourg, 1843.

Tosetti. — Emiplegia da sifilide ereditaria in un bambino di un mese. *Gior. di clin. e terap.* Messina, 1882.

Thibierge. — Les lésions artérielles de la syphilis. *Gaz. des hôp.*, n° 11, 1889.

Trastour et Boiffin. — Méningite tuberculeuse. Guérison. *Gaz. de méd. de l'Ouest*, Nantes, 1882.

Trémeau. de Rochebrune. — *De quelques manifestations de la syph. congénitale.* Th. de Paris, 1874.

Troisier — Note sur un cas d'encéphalopathie syphilitique précoce. *Prog. méd.* 1879, p. 59.

Trousseau. — Discussion sur les sympt. de la fièvre cérébrale. *Gaz. des hôp.* 1842, p. 431.

— Syphilis congénitale. *Union méd.*, p. 195, 1857.

— *Cliniques médicales*, 1877, p. 317.

Trousseau et Lasègue. — Syphilis constitutionnelle des enfants du premier âge. *Gaz. méd. de Paris*, 1848, p. 146, et *Arch. gén. de méd.*, 1847, p. 145.

Verneuil. — De la syphilis tertiaire des enfants et des adolescents. *Union méd.* Paris, 1888.

Vidal. — *De la syph. congénit.* Th. agrég. Paris, 1860.

Vovard. — Traitement de la méningite des enfants. *Congr. de la Rochelle*, 1882, p 751.

Wagner. — Plusieurs cas de syphilomes des méninges. *Arch. der Heilk*, p. 173, 1863.,

Warner. Cerebral syphilis, two cases in one family. *Brit. med. J.* Lond., 1888, t. II, p. 703.

IMPRIMERIE LEMALE E C[ie], HAVRE